Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 16048*01

Opérations funéraires
Déclaration préalable

(Décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires)

1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Représentant l'entreprise habilitée : _____

SIREN / SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale : _____

Statut juridique : _____

Numéro d'habilitation : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

2. LE DÉFUNT

Décès de : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance : _____

Nom d'usage (le cas échéant) : _____

Prénoms : _____

Décès survenu le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à (ville du lieu de décès) : _____

☐ Hôpital ☐ Domicile ☐ Maison de retraite ☐ Voie publique ☐ Autre

3. DÉCLARATION

Je, soussigné(e) _____ atteste être en possession des documents suivants :

- Certificat de décès (dématérialisé, original ou copie).
- Demande(s) de la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.
- Autre justificatif selon l'opération déclarée (1) :

<u>Vu le certificat de décès précisant que le décès</u> ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'est pas atteint d'une infection transmissible qui s'opposerait à la réalisation des soins de conservation ou transport du corps avant mise en bière, **déclare par la présente procéder aux opérations suivantes :**

☐ Soins de conservation (vu les articles R.2213-3, R.2213-4 et R.2223-132 du CGCT)

(1) Déclaration du thanatopracteur en cas de soins de conservation

Identité du demandeur ayant qualité pour pourvoir aux soins de conservation

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° *(bis, ter)* Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Agissant en qualité de *(lien de parenté ou situation du demandeur par rapport au défunt)* : _____

L'opération se déroulera le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

à : |_|_| h |_|_| à (lieu de réalisation) : _____

et sera réalisée par un thanatopracteur titulaire du diplôme national, de l'entreprise :

SIREN / SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° *(bis, ter)* Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Numéro d'habilitation : _____

Utilisant le produit agréé suivant : _____

☐ Moulage mortuaire

(1) Déclaration du médecin constatant que les signes de décomposition nécessitent de réaliser l'opération de moulage avant que ne se soit écoulé un délai de 24 heures à compter du décès.

Identité du demandeur ayant qualité pour pourvoir au moulage mortuaire

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° *(bis, ter)* Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Agissant en qualité de *(lien de parenté ou situation du demandeur par rapport au défunt)* : _____

L'opération se déroulera le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

à : |_|_| h |_|_| à (lieu de réalisation) : _____

et sera réalisée par un thanatopracteur titulaire du diplôme national, de l'entreprise :

SIREN / SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° *(bis, ter)* Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Numéro d'habilitation : _____

☐ Transport de corps avant mise en bière

Le transport sera effectué avec un véhicule agréé et sera terminé dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès :

☐ **Vers un domicile.**

☐ **Vers une chambre funéraire sur demande d'un proche du défunt.**

☐ **Vers une chambre funéraire sur demande de la personne chez qui le décès est survenu.**
(1) Attestation du demandeur confirmant qu'il lui a été impossible de contacter une personne susceptible de pourvoir aux funérailles dans les 12 heures consécutives au décès

☐ **Vers une chambre funéraire sur demande du directeur d'un établissement de santé ou médico-social.**
(1) Attestation du demandeur confirmant qu'il lui a été impossible de contacter une personne susceptible de pourvoir aux funérailles dans les 10 heures consécutives au décès

☐ **Pour un don de corps à la science.**
(1) Carte de donateur (copie ou original)

☐ **Pour un prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** (Liste c de l'article R2213-2-1 du CGCT).
Le transport sera effectué avec un véhicule agréé et sera terminé dans un délai maximum de 72 heures à compter du décès, vu l'indication dérogatoire figurant sur le certificat de décès.

Identité du demandeur ayant qualité pour pourvoir au transport de corps avant mise en bière

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° *(bis, ter)* Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Agissant en qualité de *(lien de parenté ou situation du demandeur par rapport au défunt)* : _____

L'opération se déroulera le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

De (lieu de départ du corps) : _____

À (adresse d'arrivée du corps) : _____

Par l'entreprise :

SIREN / SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° *(bis, ter)* Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Numéro d'habilitation : _____

☐ Transport de corps après mise en bière

Identité du demandeur ayant qualité pour pourvoir au transport de corps après mise en bière

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Agissant en qualité de *(lien de parenté ou situation du demandeur par rapport au défunt)* : _____

L'opération se déroulera le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

De (lieu de départ du corps) : _____

À (adresse d'arrivée du corps) : _____

Par l'entreprise :

SIREN / SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie

_____ _____
Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Numéro d'habilitation : _____

en vue de : ☐ son inhumation ☐ sa crémation qui aura lieu le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

VIA *(lieu de cérémonie / ou moyen de transport (avion, navire, ...)* : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

À : _____ Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Partie réservée à l'administration
Autorité recevant la déclaration : _____
Le : _____
Par : _____