

Direction de la légalité et de la citoyenneté

Bureau des élections et de la réglementation

Affaire suivie par : Mme Sandra DECOUARD

Tel : 02 54 81 56 44

pref-elections-reglementation@loir-et-cher.gouv.fr

MàJ avril 2020

Formulaire de demande d'habilitation dans le domaine funéraire

(Articles L.2223-19, L.2223-23, L.2223-25, D.2223-34, D.2223-39, R.2223-56, R.2223-57, R.2223-62, R.2223-63 du CGCT)

- Etablissement principal Etablissement secondaire
- Première demande Modification Renouvellement

N°habilitation actuel : _____

I - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT SOLLICITANT L'HABILITATION

N° de siret

1.1 - Forme juridique - Coordonnées :

- société anonyme (SA) société à responsabilité limitée (SARL)
- société par action simplifiée (SAS) entreprise individuelle auto-entrepreneur
- entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL)
- autre, préciser _____

- Raison sociale : _____

- Nom commercial (le cas échéant) : _____

- Enseigne (le cas échéant) : _____

- Adresse : _____

- Téléphone fixe : _ / _ / _ / _ / _

Portable : _ / _ / _ / _ / _

- Courriel : _____ @ _____

1.2 - Nombre de salariés¹ propres à l'établissement sollicitant l'habilitation

Nombre total de salariés ²	
Nombre de personnes qui assure la direction de l'établissement	
Nombre de personnes de l'établissement titulaires du diplôme de conseiller funéraire et assimilé	
Nombre de personnes de l'établissement titulaires du diplôme de maître de cérémonie	
Nombre d'agents exécutants une prestation funéraire	
Nombre d'agents qui accueillent et renseignent les familles	
Nombre d'agents qui déterminent directement avec la famille l'organisation et les conditions des prestations funéraires	
Nombre d'agents responsables d'un établissement	
Nombre de gestionnaires d'une chambre funéraire ou d'un crématorium	
Nombre de thanatopracteurs en exercice salariés dans l'établissement	
Nombre de personnes assurant des fonctions sans être en contact avec les familles	

II - REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT (GÉRANT, PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL) SOLLICITANT L'HABILITATION

Madame

Monsieur

- Qualité : gérant président directeur général

président directeur général responsable d'agence

autre (préciser) _____

- Nom de naissance : _____

- Nom d'usage (le cas échéant) (ex : nom d'épouse) : _____

- Prénom(s) : _____

- Date de naissance : __/__/__ Lieu de naissance _____

Pays pour l'étranger _____

- Nationalité : _____

- Adresse (domicile) : _____

- Téléphone fixe : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__

1Si une personne a plusieurs formations, il faut la compter une seule fois sur l'obligation la plus forte en termes de formation

2Le total doit être égal à la somme des salariés par type d'emplois

- Courriel : _____@_____

III SIÈGE SOCIAL OU ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL

- SIREN (9 chiffres) :

- Raison sociale : _____

- Adresse du siège social : _____

- Téléphone : _____

- Courriel : _____@_____

IV ACTIVITÉS POUR LESQUELLES L'HABILITATION EST DEMANDÉE

Veillez cocher les cases correspondant aux activités ci-dessous dans le tableau

N°	Activités	Exercées directement par l'établissement	Sous- traitée	Nom du sous-traitant (à compléter si connu)
1	Transport de corps avant et après mise en bière			
2	Organisation des obsèques			
3	Soins de conservation définis à l'article L. 2223-19-1			
4	La fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que les urnes cinéraires			
6	La gestion et l'utilisation des chambres funéraires			
7	La fourniture des corbillards et des voitures de deuil			
8	La fourniture du personnel et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations, à l'exception des plaques funéraires, emblèmes religieux, fleurs, travaux divers d'imprimerie et de marbrerie funéraire.			
9	Gestion d'un crématorium (article L. 2223-41 du CGCT)			

V - DEMANDES COMPLÉMENTAIRES (RÉPONSES FACULTATIVES VISANT À COMPLÉTER LE RAPPORT ANNUEL AU CNOF)

- Nombre d'appareils de crémation : _____
- Nombre de véhicules de transport de corps avant mise en bière : _____
- Nombre de véhicules de transport de corps après mise en bière _____
- Nombre de véhicules de transport de corps avant ./ après mise en bière : _____
- Nombre de cases réfrigérées dans les chambres funéraires : _____
- Nombre de tables réfrigérées dans les chambres funéraires : _____

Je soussigné, le représentant légal de l'établissement, atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts

Fait à _____ le _____

Signature et cachet de l'entreprise

Nous vous remercions d'adresser le présent formulaire, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives (cf. liste en annexe), par la voie postale à :

PREFECTURE DE LOIR-ET-CHER
Bureau des élections et de la réglementation
Place de la République
BP 40299
41006 BLOIS CEDEX