



**PRÉFET  
DE L'ISÈRE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## **Demande d'habilitation dans le domaine funéraire**

### **I - Identification de la demande :**

- **1ère demande :**  
 Établissement principal – Siège    Ets secondaire    Chambre funéraire
- **Renouvellement :** N° d'habilitation : .....  
 Établissement principal – Siège    Ets secondaire    Chambre funéraire
- **Modification :** N° d'habilitation : .....  
 Établissement principal – Siège    Ets secondaire    Chambre funéraire  
Objet de la modification : .....

### **II – Renseignements concernant le siège social de l'opérateur :**

*Cette rubrique doit être obligatoirement renseignée même si cet établissement n'est pas celui concerné par l'habilitation.*

- Dénomination de l'opérateur : .....
- Enseigne : .....
- Nom commercial : .....
- Forme juridique (SARL, SA, SAEM,...) : .....
- Adresse du siège : .....  
.....  
.....
- Téléphone fixe : .....Téléphone portable : .....
- E-mail : .....
- N° Siret : .....
- N° RCS : .....
- N° Répertoire des métiers : .....
- Nom du ou des gérant(s), du président mentionné sur le Kbis : .....  
.....

**III – Information concernant l'établissement à habiliter :**

a. ( ) **Établissement principal**                      ( ) **Établissement secondaire**

- Dénomination de l'opérateur :.....
- Enseigne :.....
- Nom commercial :.....
- Adresse : .....  
.....  
.....
- N° SIRET : (14 chiffres) .....
- Téléphone fixe : .....
- Téléphone portable :.....
- Adresse électronique : .....
- **JOINDRE** un extrait Kbis de moins de 3 mois ou un extrait du répertoire des métiers

**b. Responsable de cet établissement (gérant, président, directeur général) sollicitant l'habilitation :**

- Nom :.....
- Prénoms :.....
- Né(e) le : ..... A : .....  
(département, commune et n° arrondissement pour Lyon, Paris,...)
- Nationalité :.....
- Domicile : .....  
.....  
.....
- Fonction : .....
- Téléphone : .....
- Adresse électronique : .....

**c. Le personnel :**

L'établissement à habiliter a-t-il du personnel : ( ) OUI    ( ) NON

Si oui, nombre de salariés : ..... dont ..... thanatopracteurs.

**IV - Listes des activités pour lesquelles la présente habilitation est demandée :**

	PRESTATIONS SOUMISES A HABILITATION (Voir Fiche de renseignements n°3)			EN SOUS TRAITANCE
		OUI	NON	(Indiquer le nom du sous-traitant)
1	Transport des corps avant et après mise en bière			
2	Organisation des obsèques			
3	Soins de conservation			
4	Fournitures des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs, ainsi que des urnes cinéraires			
6	Gestion et utilisation des chambres funéraires			
7	Fourniture des corbillards et des voitures de deuil			
8	Fourniture de personnel et des objets et prestations nécessaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• aux obsèques,</li> <li>• inhumations,</li> <li>• exhumations et crémations,</li> <li>• <i>à l'exception des plaques funéraires, emblèmes religieux, fleurs, travaux divers d'imprimerie et de marbrerie funéraire.</i></li> </ul>			
9	Gestion d'un crématorium			

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

Fait à ..... le .....

CACHET DE L'OPÉRATEUR et SIGNATURE (Nom et qualité du signataire)