

Demande d'habilitation dans le domaine funéraire

Entreprise privée

(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 Code Général des Collectivités Territoriales)

Type de demande :

1ère demande

Renouvellement

Modification → Précisez le type :

Dans le cas d'une modification ou d'un renouvellement :

N° de l'habilitation précédente : - 59 -

Valable jusqu'au :/...../.....

I) Identification de l'établissement sollicitant l'habilitation

Établissement principal

Établissement secondaire

N° SIRET :

Forme juridique (*auto-entreprise, SA, SARL, SAS, EURL, association ...*) :

Raison sociale :

Nom commercial (*le cas échéant*) :

Adresse de l'établissement :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Courriel public * :

** Courriel qui sera indiqué dans le portail grand public comme autre modalité de contact de l'entreprise.*

II) Le personnel

Nombre d'employés assurant la direction de l'établissement :

Nombre total d'employés de l'établissement * :

** Si un employé a suivi plusieurs formations, il faut la compter sur l'obligation la plus forte en termes de formation. Le total doit être égal à la somme des employés par type d'emploi.*

Nombre des employés titulaires du diplôme de conseiller funéraire et assimilé :

Nombre d'employés titulaires du diplôme de maître de cérémonie :

Nombre d'employés exécutant une prestation funéraire :

Nombre d'employés qui accueillent et renseignent les familles :

Nombre d'employés qui déterminent directement avec la famille l'organisation et les conditions des prestations funéraires :

Nombre de gestionnaires d'une chambre funéraire ou d'un crématorium :

Nombre de thanatopracteurs en exercice, salariés dans l'établissement :

Nombre d'employés assurant des fonctions sans être en contact avec les familles :

III) Représentant(s) de l'établissement sollicitant l'habilitation

Qualité : Gérant(e) Président(e) Directeur(trice) général(e)

Président(e) directeur(trice) général(e) Responsable d'agence

Autre, précisez :

Madame Monsieur

NOM de naissance :

NOM d'usage (le cas échéant) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse du domicile :

.....

Courriel * :

* Courriel qui sera destinataire des informations relatives à l'habilitation et des demandes de validation des comptes des salariés pour l'accès au POF.

Téléphone :

IV) Siège social ou établissement principal

N° SIREN :

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

A compléter si différent du représentant de l'établissement

Qualité du représentant légal : Président(e) Directeur(trice) général(e)

Président(e) directeur(trice) général(e) Maire

Autre, précisez :

Madame Monsieur

NOM de naissance :

NOM d'usage (le cas échéant) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

V) **Activités funéraires sollicitées**

Veillez cocher sur le tableau suivant les activités pour lesquelles l'habilitation est sollicitée :

N°	Activités	Exercées directement par l'établissement	Sous-traitées	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			
4	Fourniture des housses, des cercueils, de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires			
6	Gestion et utilisation d'une chambre funéraire			
7	Fourniture des corbillards et des voitures de deuil			
8	Fourniture des personnels, 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			

Fait à, le

Signature et cachet de l'entreprise

Dossier à envoyer :

Par mail : pref-funeraire@nord.gouv.fr ou par courrier à la Préfecture du Nord :

Direction de la Réglementation et de la Citoyenneté
Bureau de la Réglementation Générale et de la Circulation Routière - Funéraire
12, rue Jean Sans Peur - CS 20003 - 59039 LILLE Cedex
03 20 30 59 59