PRÉFET
DE L'AISNE
Liberté
Égalité
Fraternité

Sous-Préfecture de Saint-Quentin

Modèle n°1

Déclaration à établir pour chaque établissement soumis à habilitation

Dénomination (enseigne) :

Adresse complète :

RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT :

- **NOM :**
- **Prénom :**
- **Date de naissance :**
- **Lieu de naissance :**
- **Nom et prénom des parents :**
- **Qualité (directeur, chef de bureau…) :**
- **Domicile personnel :**
- **Nationalité :**

Habilitation(s) souhaitée(s) pour l'établissement* :

1/ transport des corps avant mise en bière
2/ transport des corps après mise en bière et fourniture des corbillards
3/ organisation des obsèques
4/ soins de conservation
5/ fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires
7/ fourniture du personnel et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations
8/ gestion et utilisation des chambres funéraires
9/ fourniture des voitures de deuil.

* Rayer les mentions inutiles

Je déclare sincères et véritables les renseignements sus-indiqués.

Fait à ……, le ……

Signature du responsable de l'établissement