

FORMULAIRE ET JUSTIFICATIFS À RETOURNER :

À :

PRÉFECTURE de la Lozère

Bureau des élections et de la réglementation
3, Rue du Faubourg Montbel
48005 MENDE CEDEX

Tél. : 04 66 49 67 19

Courriel : pref-reglementation@lozere.gouv.fr

**DEMANDE D'HABILITATION
DANS LE DOMAINE FUNÉRAIRE**

*sauf mention contraire, les articles cités sont ceux du
code général des collectivités territoriales*

**FORMULAIRE UNIQUE
2023**

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)*

Établissement principal

Établissement secondaire

Première demande

Modification

Renouvellement

- N°habilitation : _____

I - Identification de l'établissement :

- N° de SIRET :

Forme juridique : société anonyme (SA) société à responsabilité limitée (SARL) société anonyme d'économie mixte (SAEM) société d'assurance mutuelle société par action simplifiée (SAS) régie association entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) entreprise individuelle auto-entrepreneur autre, préciser...

- Raison sociale : _____

Nom commercial (le cas échéant) : _____

Enseigne (le cas échéant) : _____

Code postal - commune : _____

Adresse de l'établissement sollicitant l'habilitation :

(n° de la voie - extension - type de voie nom de la voie lieu dit, boîte postale, commune déléguée)

Code postal / commune : _____

Téléphone fixe, Portable : _____

Adresse électronique : _____

Facultatif

Répertoire des métiers

Lieu (répertoire des métiers)

Numéro registre de commerce

Lieu (registre du commerce)

- Nombre de salariés ¹ propres à l'établissement :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 (*Nom de naissance*) : _____Qualité : gérant président directeur général président directeur général
responsable d'agence maire autre, préciser...Nom d'usage (*le cas échéant*) (*ex : nom d'épouse*) : _____

Prénom(s) : _____

Date - jour - mois - année de naissance : _____

Commune de naissance - département ou collectivité d'outre-mer : _____

Pays de naissance (*pour l'étranger*) : _____

Nationalité : _____

Adresse du domicile : _____

(n° de la voie - extension type de voie nom de la voie lieu dit, boîte postale, commune déléguée)

Code postal – commune : _____

Courriel ³ : _____

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

2 ^{*} Le total doit être égal à la somme des salariés par type d'emplois.

Courriel public⁴ : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Télécopie : _____

III - siège social ou établissement principal :

SIREN (9 chiffres)

Raison sociale : _____

Adresse du siège social : _____

(n° de la voie - extension type de voie nom de la voie lieu dit, boîte postale, commune déléguée)

Téléphone : _____

courriel : _____

IV - Activités pour lesquelles l’habilitation est demandée :

(article L 2223-19 du code général des collectivités territoriales)

Veillez cocher les cases correspondantes 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			

³ Adresse qui recevra les informations relatives à l’habilitation et les demandes de validations des comptes des salariés pour l’accès au POF (Portail des Opérateurs Funéraires).

⁴ Courriel qui sera indiqué dans le portail grand public comme autre modalité de contact de l’entreprise.

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 L2223-41 du code général des collectivités territoriales)			

- Renseignements complémentaires :
(réponses facultatives visant à compléter le rapport annuel au CNOF)

- Nombre d'appareils de crémation : _____

Four n°1 - Taille four (l*H*p) : _____

Taille porte (l*L*H) : _____

Four n° 2 - Taille four (l*H*p) : _____

Taille porte (l*L*H) : _____

- Nombre de véhicules pour le transport de corps : _____

- Liste modèles – n° d'immatriculation :

Véhicule 1 : _____

Véhicule 2 : _____

Véhicule 3 : _____

- Nombre de cases 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 : _____

(Signature et cachet de l'entreprise)

Le : _____