

Sous-préfecture de Béthune

DEMANDE D'HABILITATION DANS LE DOMAINE FUNERAIRE

(Articles L.223-19, 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)

Établissement principal

Établissement secondaire

1ère demande

Modification

Renouvellement

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

N° de l'habilitation précédente :

Dates :

I) Identification de l'établissement sollicitant l'habilitation

N° 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) :

Adresse de l'établissement :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Courriel public (1) :

Nombre de personnes assurant la direction de l'établissement :

Nombre total de salariés (2) :

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 de thanatopracteurs en exercice salariés dans l'établissement :

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

Nombre de personnes assurant des fonctions sans être en contact avec les familles :

(1) Courriel qui sera indiqué dans le portail grand public comme autre modalité de contact de l'entreprise.
(2) Si une personne 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 salariés par type d'emploi.

II) 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

Maire 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 (1) :

Téléphone fixe : **Portable :**

Télécopie :

(1) Courriel qui sera destinataire des informations relatives à l'habilitation et des demandes de validation des comptes des salariés pour l'accès au POE.

III) Siège social ou établissement principal

N° SIREN :

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone fixe : **Portable :**

Courriel :

Télécopie :

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 :.....

IV) Activités funéraires :

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			

(*) Activités non concernées par l'habilitation dans le domaine funéraire

Demandes complémentaires

(Réponses facultatives visant à compléter le rapport annuel du Conseil National des Opérations Funéraires)

➤ Nombre d'appareils de crémation :

Four n°1 : - Taille four (l*H*p) :

.....

- Taille porte (l*L*H) :

.....

Four n°2 : - Taille four :

.....

- Taille porte :

.....

A RENSEIGNER :

- Nombre de véhicules de transport de corps :.....
- Nombre de cases réfrigérées dans les chambres funéraires :.....
- Nombre de tables réfrigérées dans les chambres funéraires :.....
- Nombre de salons.....

Je soussigné(e),....., représentant(e) légal(e) de l'établissement, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements susmentionnés.

Fait à..... le.....

Signature et cachet de l'entreprise

Dossier à retourner à la

Sous-préfecture de Béthune

BVC - Législation Funéraire

03 21 61 79 24

181 rue Gambetta

62400 BETHUNE