



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'HABILITATION DANS LE DOMAINE FUNERAIRE**

(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)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Établissement principal | <input type="checkbox"/> Établissement secondaire |   |
| <input type="checkbox"/> 1ère demande            | <input type="checkbox"/> Modification             | <input type="checkbox"/> Renouvellement |

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

N° de l'habilitation préfectorale précédente : |\_|\_|\_|\_|-86-|\_|\_|\_|\_|

Date : .....

N° de l'habilitation ROF : |\_|\_|-86-|\_|\_|\_|\_|

**I) - Identification de l'établissement sollicitant l'habilitation**

N° SIRET <sup>\*(1)</sup> : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Répertoire des métiers : ..... Lieu : .....

Numéro registre du commerce : ..... Lieu : .....

**Forme juridique \* :**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Société anonyme   | <input type="checkbox"/> société à responsabilité limitée (SARL) |                                      |
| <input type="checkbox"/> société anonyme d'économie mixte (SAEM)                   | <input type="checkbox"/> société d'assurance mutuelle            |                                      |
| <input type="checkbox"/> société par action simplifiée (SAS)                       | <input type="checkbox"/> régie                                   | <input type="checkbox"/> association |
| <input type="checkbox"/> entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) | <input type="checkbox"/> entreprise individuelle                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> auto-entrepreneur   | <input type="checkbox"/> autre (à préciser)                      |                                      |

**Raison sociale \*:**

Nom commercial (le cas échéant) : .....

Enseigne : .....

**Adresse \* de l'établissement sollicitant l'habilitation :**

.....  
.....  
.....

Téléphone fixe / portable \* : .....

Courriel \* <sup>(2)</sup> : .....@.....

Les champs marqués d'une \* sont obligatoires

(1) comportant 14 chiffres obligatoires (numéro unique d'identification des entreprises)

(2) courriel qui recevra les informations de la part du portail des opérations funéraires (ROF).

## II) - Représentant(s) de l'établissement sollicitant l'habilitation

### Qualité \*

- Président(e) directeur(trice) général(e)     Président(e)  
 Directeur(trice) général(e)     Gérant(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 : .....

.....

Téléphone fixe / portable : .....

Courriel : .....@.....

## III - Nombre de salariés propres à l'établissement :

Nombre de personnes assurant la direction de l'établissement \* : ..... | | | |

Nombre total de salariés \* : ..... | | | |

Nombre de thanatopracteurs en exercice salarié dans l'établissement \* : ..... | | | |

Nombre de personnes titulaires du diplôme de conseiller funéraire et assimilé : ..... | | | |

Nombre de personnes titulaires du diplôme de maître de cérémonie : ..... | | | |

Nombre d'agents exécutant 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 personnes assurant des fonctions sans être en contact avec les familles : ..... | | | |

## IV – Véhicules :

### Transport de corps :

Nombre de véhicules affectés au transport de corps : ..... | | | |

### Numéro(s) d'immatriculation :

-..... -.....

-..... -.....

-..... -.....

-..... -.....

## V) - Activités funéraires

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

► **préciser toutes les activités en sous-traitance, (pour les établissements secondaires utilisant la chambre funéraire, les véhicules et le personnel de l'établissement principal, préciser également « en sous-traitance »)**

### le transport de corps avant et après mise en bière

en sous-traitance (préciser les coordonnées).....

### l'organisation des obsèques (prestation qui consiste à accueillir la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles pour lui proposer et déterminer avec elle le contenu et le prix des obsèques du défunt)

### les soins de conservation

en sous-traitance (préciser les coordonnées).....

### la fourniture de housses, cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires :

- housses, cercueils, accessoires intérieurs du cercueil : garniture étanche, capiton, coussin, linceul

- accessoires extérieurs du cercueil : poignées, croix, plaque d'identité, tous les signes et les emblèmes fixés sur le cercueil, drap mortuaire

- urnes cinéraires: cendrier, plaque métallique d'identité, enveloppe de présentation du cendrier

### la gestion et utilisation de chambres funéraires

sises :.....

en sous-traitance (préciser les coordonnées).....

### la fourniture de corbillards et de voitures de deuil

en sous-traitance (préciser les coordonnées).....

### la fourniture de personnel et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations :

personnel : fossoyeurs, porteurs, chauffeurs, ordonnateurs, agents de chambre funéraire, agents de crématorium, vendeurs, conseillers funéraires et assimilés (tels que les assistants funéraires ou les conseillers de prévoyance funéraire), maîtres de cérémonie.

objets et prestations nécessaires : ensemble des fournitures et des opérations nécessaires à la réalisation des opérations funéraires énumérées ci-dessus

obsèques : ensemble des opérations et cérémonies qui ont lieu depuis la mise en bière du corps jusqu'à l'inhumation ou la crémation

inhumation : ouverture et fermeture du caveau, creusement et comblement des fosses, mise en terre ou en caveau du cercueil, réinhumation des restes exhumés dans l'ossuaire

- exhumation : ouverture et fermeture du caveau, creusement et comblement des fosses, extraction des restes mortels, réduction des corps, nouvelle mise en bière des restes mortels, fourniture d'un nouveau cercueil ou d'une boîte à ossement

- crémation : fourniture de l'urne (cendrier et enveloppe de présentation de l'urne), dépôt de l'urne au colombarium, inhumation de l'urne dans une sépulture ou dans une propriété particulière (sur autorisation préfectorale), scellement de l'urne sur un monument funéraire. A l'exclusion de l'opération de crémation qui est réservée au seul personnel du crématorium.

### la gestion d'un crématorium : .....

sis.....

Demandes complémentaires visant à compléter le rapport annuel destiné au C.N.O.F.

**CREMATORIUM :**

Nombre d'appareil(s) 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) : \_\_\_\_\_

Four n°3 - Taille four (l\*H\*P) : \_\_\_\_\_ Taille porte (l\*L\*H) : \_\_\_\_\_

Nombre de cases réfrigérées : .....|\_\_\_\_\_|

Nombre de tables réfrigérées : .....|\_\_\_\_\_|

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

Fait à .....

Le .....

Cachet de l'entreprise

Nom et prénom en clair du-des signataire-es  
et signature-s

**UN DOSSIER COMPLET EST À FOURNIR POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT À HABILITER**

**par voie postale : Préfecture de la Vienne**

**DCL – Bureau des Élections et de la Réglementation - Funéraires**

**7, place Aristide Briand**

**86000 POITIERS**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

**ATTESTATION INDIVIDUELLE D'EXERCICE D'UNE PROFESSION FUNERAIRE**

Attestation à remplir pour chacun des membres du personnel

M. Mme : .....  
(Indiquer les nom et prénom)  
agissant en qualité de représentant légal :  
.....

**ATTESTE**

Que  
M. Mme (nom-prénom) :  
Né(e) le : ..... à .....

Nationalité : .....

Domicilié(e) : .....  
.....

**Exerce la profession funéraire de :**

cocher la ou les cases correspondantes aux fonctions effectivement exercées

- Agent d'exécution de la prestation funéraire  
(porteur, chauffeur, fossoyeur, agent de crémation, agent de chambre funéraire)
- Agent coordonnant les cérémonies (maître de cérémonie, ordonnateur, monteur de convois)
- Agent accueillant et renseignant les familles (hôtesse, téléphoniste, vendeur)
- Agent concluant directement avec la famille l'organisation et les conditions de la prestation funéraire  
(assistant funéraire, conseiller funéraire, régleur)
- Responsable d'une agence, d'un bureau ou d'une succursale (directeur d'agence, chef d'agence)
- Gestionnaire d'une chambre funéraire (responsable légal)
- Gestionnaire d'un crématorium (responsable légal)
- Dirigeant d'une régie, d'une entreprise ou d'une association  
(PDG, président d'une association, membre du directoire, gérant d'une SARL, directeur d'une régie)
- Thanatopracteurs (pour les soins de conservation)

Depuis le : .....  
(dans l'entreprise)

Ancienneté : .....  
(dans l'activité, toutes entreprises confondues)

Fait à .....

Le .....

Signature du bénéficiaire de l'attestation

Nom et prénom en clair du-des signataire-es  
et signature-s

Cachet de l'entreprise

**ATTESTATION DE FORMATION PROFESSIONNELLE FUNÉRAIRE DISPENSÉE**

**PAR L'ENTREPRISE DE POMPES FUNÈBRES**

Cette formation interne, réalisée par l'entreprise est reconnue,  
à l'exclusion de toutes autres formations funéraires,  
aux agents faisant fonctions de porteurs, chauffeurs, fossoyeurs,  
agents de chambre funéraire et de crématorium.

M. Mme :.....  
(Indiquer les nom et prénom)  
en qualité de représentant(e) légal(e) et formateur interne de l'entreprise de pompes funèbres  
dénommée :  
.....

Adresse :.....  
.....

ATTESTE  
avoir dispensé le .....  
à :  
M.....  
Né(e) le :..... à :.....  
Demeurant :.....  
.....

la formation professionnelle de 16 heures, portant sur la législation et la réglementation funéraires, l'hygiène et la sécurité ainsi que la psychologie et la sociologie du deuil permettant l'accès aux fonctions d'agent d'exécution de la prestation funéraire (fossoyeur, chauffeur, porteur, agent de chambre funéraire ou de crématorium).

Fait à .....  
Le .....

Signature du bénéficiaire de l'attestation

Nom et prénom en clair du-des signataire-es  
et signature-s

Cachet de l'entreprise

L'article 441-7 du Code pénal punit d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende, le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ou de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

## Liste des pièces à fournir

### **Établissements**

- Imprimé de demande d'habilitation complété, daté et signé pour chaque établissement
- Extrait Kbis du registre du commerce de moins de 3 mois ou attestation provisoire de moins de 3 mois, portant la mention « activités funéraires » ou « pompes funèbres »,
- Attestation de régularité fiscale, précisant que l'entreprise est en règle au regard des obligations fiscales lui incombant
- Attestations de l'URSSAF ou du RSI (à jour de déclarations et cotisations),
- Attestation pôle emploi, le cas échéant,
- Attestations du paiement des cotisations de retraite et retraites complémentaires tant pour le chef d'entreprise que pour les salariés
- Justificatifs d'activité continue (3 copies de factures clients établies à 4 mois d'écart)

### **Responsable légal de l'établissement à habilitier**

- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité,
- Documents d'état civil portant filiation du gérant s'il est né hors de France
- Attestation individuelle d'exercice d'une profession funéraire,
- Justificatifs attestant de son aptitude professionnelle et de son ancienneté dans le poste : attestations, diplômes

### **Personnel**

*Si l'établissement ne dispose d'aucun salarié :*

- Joindre une attestation précisant que l'établissement à habilitier n'a pas de personnel,

*Si l'établissement dispose de salarié(s) :*

- État à jour du personnel employé par l'établissement accompagné de la copie certifiée conforme du registre du personnel,
- Certificat d'aptitude physique de la médecine en cours de validité pour le personnel exécutant des activités funéraires
- Attestation de capacité professionnelle des agents en contact avec les familles (conseillers funéraires et maîtres de cérémonie)
- Attestation de formation professionnelle d'une durée de 16h00 pour les agents exécutant des prestations funéraires (chauffeurs, porteurs, fossoyeurs, agents de funérarium et de crématorium)
- Permis de conduire des chauffeurs
- Copie du diplôme national de thanatopracteur délivré par le ministère de la Santé pour chaque personnel exécutant ces soins ou copie de l'arrêté publié au JO dressant la liste des candidats reçus à l'examen et certificat médical justifiant de la vaccination contre l'hépatite B (article L 3111-4-1 du code de la santé publique),

● Pour information :

1<sup>er</sup> certificat établi avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017, visite à renouveler selon l'ancienne réglementation puis application de la nouvelle réglementation.  
1<sup>er</sup> certificat établi après le 1<sup>er</sup> janvier 2017, visite à renouveler selon la nouvelle réglementation en vigueur – Loi du 8 août 2016 et décret 2016-1908 du 27 décembre 2016.

### **Activités en sous-traitance**

- Pour chaque activité sous-traitée,
  - Copie du contrat de sous-traitance
  - Copie de l'habilitation funéraire de la société qui effectue l'activité
  - Copie dans le cadre de la sous-traitance de l'activité de thanatopraxie : le diplôme national de thanatopracteur délivré par le ministère de la Santé pour chaque personnel exécutant ces soins ou copie de l'arrêté publié au JO dressant la liste des candidats reçus à l'examen.

**Véhicules**

- Attestation de conformité du ou des véhicules délivrée(s) par un organisme de contrôle agréé de moins de 6 mois (art D2223-114 et D2223-120 du CGCT),
- Certificat(s) d'immatriculation du ou des corbillard(s) et/ou véhicule(s) de deuil (portant les mentions VASP-FG-FUNER pour les véhicules de transports de corps avant et après mise en bière),
- Contrat de location le cas échéant.

**Chambre funéraire**

- Copie de l'arrêté préfectoral de création,
- Certificat de conformité de la chambre funéraire délivré par l'organisme compétent (art D2223-87 du CGCT)
- Diplôme national de thanatopracteur délivré par le ministère de la santé,
- Copie du certificat de propriété ou copie du contrat de location

**Crématorium**

- Copie de l'arrêté préfectoral de création,
- Attestation de conformité délivrée par un organisme de contrôle accrédité - préciser la date du rapport :
- Copie du contrat de délégation de service public avec la commune (le cas échéant).

**Cadre réservé à l'Administration**

Nom opérateur funéraire :

commune : arrondissement : n° HAB Préfecture :	Date réception demande : <input type="checkbox"/> 1ère demande <input type="checkbox"/> renouvellement
Date AP précédent : Date validité : Date réception B2 :	<input type="checkbox"/> dossier complet - date AR : <input type="checkbox"/> dossier incomplet : date envoi courriel incomplétude :
Date AP ROF : n° HAB ROF :	Date validation HAB dans ROF :

Observations :