



# PRÉFET DES DEUX-SÈV

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Formulaire de 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)

Conformément à l'article 13 du RGPD « Les informations collectées font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel dénommé le référentiel des opérateurs funéraires.

La finalité de ce traitement est :

- d'aider à l'instruction des demandes d'habilitation,
- de constituer une base nationale des opérateurs funéraires habilités,
- de collecter des informations relatives à la profession funéraire (typologie de salariés, informations techniques sur les chambres funéraires et les crématoriums)
- et de recueillir des informations pour permettre une meilleure réactivité en cas de gestion de crise (adresse et capacité chambres funéraires, véhicules disponibles).

CE RÉFÉRENTIEL EST ALIMENTÉ PAR CHAQUE PRÉFECTURE DE DÉPARTEMENT ET ADMINISTRÉ PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DES COLLECTIVITÉS LOCALES »

Etablissement principal

Etablissement secondaire

Première demande

Modification

Renouvellement

N°habilitation AA-DD-NNNN | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### I - Identification de l'établissement

N° de siret\*1 | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### Forme juridique\*1 :

- 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).....

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

n° de la voie ..... type de voie .....

nom de la voie .....

étage/escalier..... Complément d'adresse .....

Code postal\* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune\* .....

Téléphone fixe et ou Portable\* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

courriel\*2 .....@.....

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 (habilitation en voie d'expiration, demande de confirmation des comptes des salariés pour accéder au POF)

*Facultatif*

Répertoire des métiers .....  
Lieu (répertoire des métiers) .....  
Numéro registre de commerce .....  
Lieu (registre du commerce) .....

**Nombre de salariés<sup>3</sup> propres à l'établissement :**

Nbre total de salariés\*<sup>4</sup> |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre de personnes qui assurent la direction |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre de personnes titulaires du diplôme de conseiller funéraire et assimilé |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre de personnes titulaires du diplôme de maître de cérémonie |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre d'agents exécutants une prestation funéraire |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre d'agents qui accueillent et renseignent les familles |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre d'agents qui déterminent directement avec la famille l'organisation et les conditions des prestations funéraires |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre d'agents responsables d'un établissement |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre de gestionnaires d'une chambre funéraire ou d'un crématorium |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre de thanatopracteurs en exercice salariés dans l'établissement \* |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nbre de personnes assurant des fonctions sans être en contact avec les familles |\_\_|\_\_|\_\_|

**II - Représentant de l'établissement sollicitant l'habilitation**

Madame  Monsieur

**Qualité\*** :  gérant  président  directeur général  président directeur général  responsable d'agence  maire  autre, préciser.....

Nom de naissance\* : .....

Nom d'usage (le cas échéant) (ex : nom d'épouse) : .....

Prénom(s)\* .....

Date de naissance\* |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

commune de naissance\* .....

département ou collectivité d'outre mer \* .....

Pays pour l'étranger .....

Si né à l'étranger, noms et prénoms de la mère et du père .....

.....

**Nationalité\*** .....

Les champs marqués d'une\* sont obligatoires

3. Si une personne a plusieurs formations, il faut la compter une seule fois sur l'obligation la plus forte en termes de formation
4. Le total doit être égal à la somme des salariés par type d'emplois



**Transport de corps :**

Nombre de véhicules affectés au transport de corps :

Numéro(s) d'immatriculation :

-  
-  
-  
-  
-  
-

**Demandes complémentaires** visant à compléter le rapport annuel 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) : |\_\_\_\_\_|

**CHAMBRE FUNERAIRE :**

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

## Liste des pièces à fournir

### Etablissement

- Imprimé demande d'habilitation complété, daté et signé pour chaque établissement
- Extrait Kbis du registre du commerce de moins de 3 mois
- 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)
- Justificatifs d'activité continue (3 copies de factures clients établies à 4 mois d'écart)
- Pièce d'identité du gérant de l'établissement
- Documents d'état civil portant filiation du gérant s'il est né hors de France
- Justificatif de capacité professionnelle du gérant de l'établissement

### Personnel

- Etat à jour du personnel
- Certificat d'aptitude physique de la médecine 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

### Véhicules

- Attestation de conformité du ou des véhicules délivrée(s) par un organisme de contrôle agréé VERITAS ou APAVE de moins de 6 mois
- Certificat(s) d'immatriculation portant les mentions VASP-FG-FUNER
- Certificat(s) d'immatriculation du ou des corbillard(s) et/ou véhicule(s) de deuil

### Chambre funéraire

- Certificat de conformité de la chambre funéraire – préciser la date du rapport :
- Diplôme national de thanatopracteur délivré par le ministère de la santé

### Crématorium

- Attestations de conformité délivrées par un organisme de contrôle accrédité - préciser la date du rapport :

## Cadre réservé à l'Administration

Nom opérateur :	
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 :