

## DÉCLARATION PRÉALABLE DE SOINS DE CONSERVATION

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_,

Madame/Monsieur le Maire de la Commune de \_\_\_\_\_.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
domicilié(e) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

agissant en qualité de (lien de parenté par rapport au défunt) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ayant à ce titre qualité pour pouvoir aux funérailles  
de (Nom de naissance et prénoms) : \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
décédé(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure(s) \_\_\_\_\_  
minute(s) à (lieu de décès) \_\_\_\_\_

déclare vouloir faire procéder, selon ses volontés, et dans le cadre de la  
réglementation en vigueur, aux soins de conservation (art. R.2213-2-2 à R.2213-4 du  
CGCT) :

le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure(s) \_\_\_\_\_ minute(s)

à (lieu) \_\_\_\_\_  
par (Nom du thanatopracteur ou de l'entreprise habilité) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domicilié(e) à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Signature

**Pièces à fournir :**

Certificat de décès

Copie de la pièce d'identité du déclarant

Copie d'un justificatif de domicile du déclarant

Copie intégrale d'acte de décès (si le décès s'est produit hors de la commune)

Déclaration du thanatopracteur

Certificat attestant de la récupération de l'appareil fonctionnant au moyen d'une pile (le cas échéant)