



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DU RHONE

## Déclaration en vue de l'habilitation d'un opérateur dans le domaine funéraire

*Remplir une déclaration pour une 1<sup>ère</sup> demande, pour un renouvellement ou pour une modification par établissement (principal, secondaire, ou chambre funéraire).*

*La déclaration ainsi que les pièces du dossier doivent être adressées à :  
Préfecture du Rhône - Direction des affaires juridiques et de l'administration locale  
Bureau des élections et des associations – 18 rue de Bonnel - 69419 Lyon cedex 03*

**1<sup>ère</sup> demande :**

Établissement principal – Siège       Ets secondaire       Chambre funéraire

**Renouvellement : N° d'habilitation :** .....

Établissement principal – Siège       Ets secondaire       Chambre funéraire

**Modification : N° d'habilitation :** .....

Établissement principal – Siège       Ets secondaire       Chambre funéraire

**Objet de la modification :**

.....

### **I – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SIEGE SOCIAL DE L'OPERATEUR :**

**Cette rubrique doit être obligatoirement renseignée même si cet établissement n'est pas celui concerné par l'habilitation.**

Dénomination de l'opérateur : .....

Enseigne : .....

Forme juridique : .....

Adresse du siège : .....

.....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

N° Siret : .....

N° RCS : .....

N° Répertoire des métiers : .....

Nom du ou des gérant(s), du président mentionné sur le Kbis : .....

.....

## II – INFORMATION CONCERNANT L'ETABLISSEMENT A HABILITER

**ETABLISSEMENT PRINCIPAL / ETABLISSEMENT SECONDAIRE (rayer la mention inutile)**

Dénomination de l'opérateur : .....

Enseigne : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

Responsable de cet établissement :

Nom :

Prénoms : .....

Né(e) le : .....

A : .....

De (Nom et prénom du père) : .....

et de (Nom et prénom de la mère) : .....

Nationalité : .....

Domicile : .....

.....

Fonction : .....

## III – PERSONNEL

L'établissement à habilitier a-t-il du personnel :

( ) OUI

( ) NON

**IV - LISTES DES ACTIVITES POUR LESQUELLES LA PRESENTE HABILITATION EST DEMANDEE**

	<b><i>PRESTATIONS SOUMISES A HABILITATION (Voir Fiche de renseignements n°3)</i></b>	<b><i>OUI</i></b>	<b><i>NON</i></b>	<b><i>EN SOUS TRAITANCE (Indiquer le nom du sous-traitant)</i></b>
1	Transport des corps avant et après mise en bière			
2	Organisation des obsèques			
3	Soins de conservation			
4	Fournitures des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs, ainsi que des urnes cinéraires			
6	Gestion et utilisation des chambres funéraires			
7	Fourniture des corbillards et des voitures de deuil			
8	Fourniture de personnel et des objets et prestations nécessaires :			
	- aux obsèques			
	- aux inhumations			
	- aux exhumations			
	- à la crémation			
9	Gestion d'un crématorium			

Fait à.....

Le.....

CACHET DE L'OPERATEUR  
et SIGNATURE  
(Nom et qualité du signataire)



PREFET DU RHONE

**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 .....

De (Nom du père) : .....

et de (Nom de la mère) : .....

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

Signature du représentant légal,  
et cachet de l'opérateur

# PIECES A JOINDRE A LA DÉCLARATION EN VUE DE L'HABILITATION D'UN OPERATEUR DANS LE DOMAINE FUNERAIRE

## I - JUSTIFICATIFS CONCERNANT L'ENTREPRISE

- **Extrait d'immatriculation Kbis au registre du commerce et des sociétés ou Extrait d'immatriculation au répertoire des métiers** de moins de 3 mois ou attestation provisoire d'inscription de moins de 3 mois, portant la mention « activités funéraires » ou « pompes funèbres »
- **Justificatifs attestant de la régularité des cotisations fiscales et sociales de l'entreprise**
  - **Attestation TVA et attestation relative à l'impôt sur les sociétés ou l'impôt sur le revenu** (pour les entreprises sous forme individuelle) délivrées par les services des Finances publiques
  - **Attestation délivrée par l'URSSAF, la CNAM ou attestation délivrée par le RSI** (régime social des indépendants) pour les travailleurs indépendants
  - **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

## II - JUSTIFICATIFS CONCERNANT LE SIGNATAIRE DE LA DECLARATION (GÉRANT, PRÉSIDENT, REPRÉSENTANT LÉGAL, RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT À HABILITER)

- **Copie recto verso de la carte nationale d'identité ou du passeport** en cours de validité
- **Attestation individuelle d'exercice d'une profession funéraire**
- Justificatifs attestant de son **aptitude professionnelle** et de son **ancienneté dans le poste : attestations, diplômes... (Fiche de renseignements n°4)**

## III - JUSTIFICATIFS CONCERNANT LE PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT A HABILITER

- Si l'établissement ne dispose d'aucun salarié : **cocher la case page 2 de la déclaration et joindre une attestation précisant que l'établissement à habiliter n'a pas de personnel**
- **État à jour du personnel** employé par l'établissement accompagné de la **copie certifiée conforme du registre du personnel**
- **Attestation individuelle d'exercice d'une profession funéraire pour chaque membre du personnel**
- Justificatif attestant de l'**aptitude professionnelle** de chaque agent et de son **ancienneté dans le poste : attestations, diplômes... (Fiche de renseignements n°4)**
- **Copie du diplôme national de thanatopracteur** 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).**

- **Certificat d'aptitude physique** de la médecine du travail en cours de validité pour tous les agents d'exécution

Pour information :

1<sup>er</sup> certificat établi avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017, visite à renouveler selon l'ancienne réglementation puis ensuite, 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.

- **Copie du permis de conduire** pour les chauffeurs

#### **IV - ACTIVITES 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
- Contrat non encore signé : **attestation précisant que le choix des sous-traitant est en cours.**

#### **V - VEHICULES**

- **Copie du certificat d'immatriculation** du ou des véhicules (avec la mention VASP-FG FUNER pour véhicules de transports de corps avant et après mise en bière)
- **Copie de l'attestation de conformité** des véhicules délivrée par un organisme compétent : CETE APAVE SUDEUROPE, SOCOTEC, VERITAS et 12345 ETOILES DE FRANCE (art D2223-114 et D2223-120 du CGCT)
- **Contrat de location ou certificat de propriété** le cas échéant

#### **VI - PIECES A FOURNIR POUR L'UTILISATION ET LA GESTION D'UNE CHAMBRE FUNERAIRE OU D'UN CREMATORIUM**

- **Chambre funéraire**
  - Copie de l'**arrêté préfectoral de création ou copie du courrier** de la préfecture du Rhône établissant une décision implicite d'acceptation à l'expiration du délai de 4 mois
  - Copie du **certificat de conformité** délivré par l'organisme compétent (art D2223-87 du CGCT)
  - Copie du **certificat de propriété ou copie du contrat de location**
- **Crématorium**
  - Copie de l'**arrêté préfectoral de création**
  - Copie du **certificat de conformité** délivré par l'organisme compétent
  - Copie de l'**attestation de conformité délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS)**
  - Copie du **contrat de délégation de service public avec la commune.**