



**PREFECTURE**

**Direction de la citoyenneté et de la légalité  
Bureau des élections et de la réglementation générale**

**DEMANDE D'HABILITATION POUR L'EXERCICE  
D'ACTIVITÉS FUNÉRAIRES**

Loi n° 93-23 du 8 janvier 1993  
Décret n° 95-330 du 21 mars 1995  
Décret n° 95-652 du 9 mai 1995

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

Modification

Numéro de l'habilitation en cours : .....

Objet de la modification (s'il y a lieu) : .....

Date de fin de validité de l'habilitation en cours : .....

L'original de votre demande doit être complété, daté et signé, accompagné de tous les justificatifs nécessaires et adressé à

Préfecture du Var  
Direction de la Circulation et de la Réglementation  
Bureau des Elections et des Professions Réglementées  
CS 31209  
83070 TOULON Cedex

**Accueil téléphonique : les mardis et jeudis de 9h à 12 h au 04 94 18 84 14**



**DEMANDE D'HABILITATION D'OPÉRATEUR FUNÉRAIRE**  
(Article R2223-57 et suivants du code général des collectivités territoriales)

**1- INDICATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE :**

- Forme sociale (entreprise individuelle, SA, SARL, EURL) : .....
- Dénomination sociale.....
- Nom commercial (le cas échéant).....
- Enseigne (le cas échéant).....
- Nombre de salariés : .....
- Adresse du siège social.....
- Adresse de l'établissement pour lequel la demande est formulée : .....
- .....
- Numéro de téléphone de l'établissement : .....
- Numéro de télécopie de l'établissement : .....
- Courriel de l'établissement : .....

**2- INDICATIONS RELATIVES AU(X) REPRESENTANT(S) LEGAL(LEGAUX) DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LEQUEL LA DEMANDE EST FORMULEE :**

- Nom patronymique : .....
- Nom d'épouse (le cas échéant) : .....
- Prénom : .....
- Nom et prénom du père : .....
- Nom patronymique et prénom de la mère : .....
- Date et lieu de naissance (commune, département et pays) : .....
- Nationalité : .....
- Domicile : .....
- Qualité (directeur, gérant, chef d'entreprise, propriétaire-exploitant) : .....

**INDICATIONS RELATIVES AU(X) REPRESENTANT(S) LEGAL(LEGAUX) DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LEQUEL LA DEMANDE EST FORMULEE :**

- Nom patronymique : .....
- Nom d'épouse (le cas échéant) : .....
- Prénom : .....
- Nom et prénom du père : .....
- Nom patronymique et prénom de la mère : .....
- Date et lieu de naissance (commune, département et pays) : .....
- Nationalité : .....
- Domicile : .....
- **Qualité (directeur, gérant, chef d'entreprise, propriétaire-exploitant) : .....**

**INDICATIONS RELATIVES AU(X) REPRESENTANT(S) LEGAL(LEGAUX) DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LEQUEL LA DEMANDE EST FORMULEE :**

- Nom patronymique :.....
- Nom d'épouse (le cas échéant) :.....
- Prénom :.....
- Nom et prénom du père : .....
- Nom patronymique et prénom de la mère :.....
- Date et lieu de naissance (commune, département et pays) :.....
- Nationalité :.....
- Domicile :.....
- Qualité (directeur, gérant, chef d'entreprise, propriétaire-exploitant) :.....

**3. RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT (SI DIFFÉRENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL) :**

- Nom patronymique :.....
- Nom d'épouse (le cas échéant) :.....
- Prénom :.....
- Nom et prénom du père : .....
- Nom patronymique et prénom de la mère :.....
- Date et lieu de naissance (commune, département et pays) :.....
- Nationalité :.....
- Domicile :.....
- Qualité (directeur, gérant, chef d'entreprise, propriétaire-exploitant) :.....

#### 4. ACTIVITÉS POUR LESQUELLES L'HABILITATION EST SOLLICITÉE

- 1  Transport de corps avant mise en bière.  
 1  Transport de corps avant et après mise en bière.  
 2  Organisation des obsèques.  
 3  Soins de conservation.  
 4  Fourniture des housses, cercueils et accessoires intérieur et extérieur ainsi que des urnes cinéraires.  
 5 Abrogé.  
 6  Gestion et utilisation d'une chambre funéraire.  
 7  Fourniture des corbillards et voitures de deuil.  
 8  Fourniture de personnels et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations.  
 9  Gestion et utilisation d'un crématorium.

« Je certifie sincères et véritables les renseignements indiqués ci-dessus »

Fait à....., le.....

**Signature originale  
(avec cachet de la société)**

#### **RAPPEL - Sous-traitance :**

Un opérateur funéraire peut confier à un sous-traitant la réalisation de tout ou partie des prestations relevant du service extérieur des pompes funèbres, à condition, d'une part, de rester à l'égard de la famille responsable de l'exécution de celles-ci – les relations financières liées à l'exécution du service extérieur ne devant en outre s'établir qu'entre la famille et l'opérateur de premier rang, et non avec les sous-traitants -, d'autre part, d'être habilité pour l'exercice des prestations du service extérieur des pompes funèbres qu'il fournit directement aux familles, c'est-à-dire sans faire appel à un ou plusieurs sous-traitants.

Dans le cas où un opérateur funéraire confie à un sous-traitant la réalisation de tout ou partie des prestations du service extérieur des pompes funèbres, il doit être habilité directement pour la prestation qu'il sous-traite sinon il doit être habilité pour l'exercice d'une activité d'organisation des obsèques.

Les sous-traitants doivent être habilités pour chacune des prestations du service extérieur des pompes funèbres qu'ils fournissent aux familles de manière habituelle en sous-traitance pour un opérateur funéraire habilité.

**Les contrats de sous-traitance ou des attestations de partenariat, signés par l'opérateur donneur d'ordre et le sous-traitant, doivent être produits.**

**ANNEXE A****ATTESTATION DE CAPACITE PROFESSIONNELLE D'UN DIRIGEANT**

(C.G.C.T. art.R2223-46, R2223-47, D.2223-55-2, D2223-55-8, D2223-55-13,  
et arrêté ministériel du 30 avril 2012)

***Cocher les cases correspondantes à votre situation***

Je soussigné, M.(Mme) ....., né le ..... à .....

Adresse de l'établissement sollicitant l'habilitation : .....

Dirigeant représentant légal de la société de l'entreprise de Pompes Funèbres « Dénomination statutaire » connue sous l'appellation « enseigne commerciale + nom de la franchise (le cas échéant) », n° d'habilitation « ..... » atteste sur l'honneur remplir les conditions réglementaires relatives à la capacité professionnelle d'exercice de cette fonction. A titre de justificatifs, je joins :

l'inscription au registre du commerce ou au registre des métiers

+

les statuts de l'entreprise enregistrée au Service des Impôts des Entreprises

**ou**

un extrait Kbis original de moins de trois mois ;

+

les statuts de l'entreprise enregistrée au Service des Impôts des Entreprises.

**ou**

le diplôme correspondant.

Président d'association dénommée «..... », opérateur funéraire connu sous l'appellation « *enseigne commerciale* » + « *nom de la franchise* », n° d'habilitation n°..... atteste sur l'honneur remplir les conditions réglementaires sur la capacité professionnelle d'exercice de cette fonction. A titre de justificatif, je joins :

une copie de la déclaration de constitution de l'association déposée en préfecture et les statuts de l'association.

**ou**

le diplôme correspondant.

Directeur(trice) d'une régie, opérateur funéraire connu sous l'appellation « *enseigne commerciale* » + « *nom de la franchise* », n° d'habilitation n°..... atteste sur l'honneur remplir les conditions réglementaires sur la capacité professionnelle d'exercice de cette fonction. A titre de justificatif, je joins :

une copie de l'arrêté de nomination.

**ou**

le diplôme correspondant

Fait à ....., le.....

**Signature originale**

**(avec cachet de la société)**

## ANNEXE B

**ATTESTATION DE CAPACITÉ PROFESSIONNELLE D'UN EMPLOYÉ***Cocher les cases correspondantes à votre situation*

Je soussigné, M. (Mme) .....

 gérant(e) et/ou représentant(e) légale de la société de l'entreprise de Pompes Funèbres « Dénomination statutaire » connue sous l'appellation « enseigne commerciale + nom de la franchise le cas échéant », n° d'habilitation « ..... ».atteste sur l'honneur que :

M. (Mme) ....., né(e) le ..... à .....

Adresse du domicile : .....

**Exerçant les fonctions de :** **Fossoyeur, porteur, chauffeur** (article R.2223-42, -48, -53, -54 du C.G.C.T.)  
a suivi la formation professionnelle de 16 heures conformément au **justificatif ci-joint** **Agent d'accueil** (articles R2223-44, -48, -53, -54 du C.G.C.T.)  
a suivi la formation professionnelle de 40 heures conformément au **justificatif ci-joint** **Maître de cérémonie** (article R2223-43 du C.G.C.T.)respecte les dispositions de l'article : D2223-55-13 alinéa 1 (réf : R2223-50) D2223-55-13 alinéa 3 - 1<sup>er</sup> cas D2223-55-13 alinéa 3 – 2<sup>eme</sup> cas**ou** production du diplôme **Conseiller funéraire** (article R2223-45 du C.G.C.T.)respecte les dispositions de l'article : D2223-55-13 alinéa 2 (réf : R2223-51 ) D2223-55-13- alinéa 4 – 1<sup>er</sup> cas D2223-55-13 alinéa 4- 2<sup>eme</sup> cas D2223-55-13- alinéa 5**ou** production du diplôme**Les documents justificatifs annexés à la présente attestation (fonctions 3 et 4) correspondent aux dispositions de l'arrêté ministériel du 30 avril 2012 : un document attestant sur l'honneur de la date d'entrée en fonction (l'exercice de la profession doit avoir été continu) ou tout document permettant d'établir la durée d'expérience acquise.**Signature originale  
(avec cachet de la société)Signature originale du bénéficiaire  
de l'attestation

## ANNEXE C

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DE NON CONDAMNATION** (\*)

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'établissement :.....

Né(e) le.....à.....

Adresse du domicile.....

.....

Déclare sur l'honneur n'avoir subi aucune condamnation pouvant motiver le refus de l'habilitation dont je demande la délivrance, en application de l'article L2223-24 du code général des collectivités territoriales.

Fait à.....le.....

**Signature originale**  
**(avec cachet de la société)**

- (\*) concerne : - le président ou le gérant de l'entreprise ;  
- le responsable de l'établissement secondaire ;  
- le président de l'association ;  
- le directeur de la régie municipale ;  
- le maire de la commune si la régie n'a pas de directeur.

## ANNEXE D

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR D'AFFILIATION AUX ORGANISMES FISCAUX  
ET SOCIAUX**

Je soussigné(e).....

Représentant(e) légal(e) de l'entreprise (ou de l'association) :

.....

Adresse de l'entreprise sollicitant l'habilitation : .....

.....

déclare sur l'honneur que l'entreprise sus-mentionnée ne verse pas de cotisations fiscales et sociales à d'autres organismes que ceux cochés ou indiqués ci-après :

Direction Générale des Finances Publiques (Impôt sur l'entreprise, TVA, Contribution Économique Territoriale).

URSSAF (Cotisations dirigeant d'entreprise et personnel salarié, contribution à l'assurance chômage).

Régime Social des Indépendants – RSI (Contribution sécurité sociale, maladie, indemnités journalières, retraites des artisans, commerçants et industriels indépendants).

Caisses de retraite complémentaires (AGIR, ARRCO, Prévoyance,...), caisses des cadres.

Affiliation à d'autres organismes ou caisses : .....

.....

**JOINDRE :**

Les justificatifs délivrés par les organismes que vous aurez préalablement cochés, attestant que l'entreprise est à jour dans le versement de ses cotisations de toute nature.

Fait à.....le.....

**Signature originale  
(avec cachet de la société)**

L'article 441-7 du code pénal puni 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 originairement sincère ou de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.



## ANNEXE E

**CAPACITÉ PROFESSIONNELLE****(article L.2223-25-1 du Code Général des Collectivités Territoriales[C.G.C.T.])**

Dénominations réglementaires	Dénominations professionnelles	Capacité professionnelle
Agents qui exécutent la prestation funéraire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- porteurs</li> <li>- chauffeurs de véhicules funéraires</li> <li>- fossoyeurs</li> <li>- agents de crémation</li> <li>- agents de chambre funéraire</li> </ul>	<p>Attestation de formation professionnelle de 16 heures (R2223-42 du CGCT)</p> <p><u>ou</u></p> <p>justifier de 12 mois d'expérience professionnelle (antérieure à mai 1995) *</p> <p><u>et</u></p> <p>certificat d'aptitude physique de la médecine du travail</p> <p>copie du permis de conduire (chauffeur)</p>
Agents qui accueillent et renseignent les familles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hôtesse</li> <li>- téléphonistes</li> <li>- vendeurs</li> </ul>	<p>Attestation de formation professionnelle de 40 heures (R2223-44 du CGCT)</p> <p><u>ou</u></p> <p>justifier de 12 mois d'expérience professionnelle (antérieure à mai 1995) *</p>
Agents qui coordonnent le déroulement des cérémonies qui ont lieu de la mise en bière jusqu'à l'inhumation ou la crémation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maîtres de cérémonie</li> <li>- ordonnateurs</li> <li>- monteurs de convois</li> </ul>	<p>Diplôme de maître de cérémonie</p> <p>( voir tableau des conditions d'accès au diplôme)</p>
Agents qui concluent avec la famille l'organisation et les conditions de la prestation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assistants funéraires</li> <li>- conseillers funéraires</li> <li>- régleurs</li> </ul>	<p>Diplôme de conseiller funéraire</p> <p>( voir tableau des conditions d'accès au diplôme)</p>
Agents responsables d'une agence, d'un établissement, d'une succursale ou d'un bureau où sont accueillies Les familles venant conclure une prestation funéraire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- directeurs ou chefs d'agence, d'établissement, de succursale ou de bureau</li> </ul>	<p>Diplôme de dirigeant ou de gestionnaire</p> <p>( voir tableau des conditions d'accès au diplôme)</p>
Gestionnaires d'une chambre funéraire ou d'un crématorium	<ul style="list-style-type: none"> <li>- responsable d'une chambre funéraire</li> <li>- responsable d'un crématorium</li> </ul>	<p>Diplôme de dirigeant ou de gestionnaire</p> <p>( voir tableau des conditions d'accès au diplôme)</p>

Personnes assurant la direction des régies, entreprises ou associations habilitées	- PDG d'une SA - président d'association - membres du directoire - gérant d'une SARL - directeur d'une régie municipale.....	Diplôme de dirigeant ou de gestionnaire  ( voir tableau des conditions d'accès au diplôme)
Thanatopracteurs	- professionnels réalisant les soins de conservation	Diplôme national de thanatopraxie.
Personnes assurant leurs fonctions sans être en contact direct avec les familles ou sans participer à la conclusion ou la réalisation d'une prestation funéraire	- personnel de secrétariat - personnel de service - agents administratifs - comptables - personnels techniques...	Néant

**CONDITIONS D'ACCÈS AU DIPLÔME : Dispositions transitoires relatives à l'obtention des diplômes pour certaines professions du secteur du funéraire**  
(entrée en vigueur de la réglementation au 01 janvier 2013)

Formation professionnelle	Expérience professionnelle justifiée	Modalités d'obtention du diplôme
Personnes justifiant avoir suivi la formation professionnelle prévue, selon le cas, avant l'application du décret 2012-608 du 30 avril 2012 relatif aux diplômes dans le secteur funéraire	En fonction continue depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 2012	Équivalence totale (pas d'épreuves)
	Six mois et plus d'expérience entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2012	Équivalence totale (pas d'épreuves)
	Moins de 6 mois d'expérience entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2012	Dispense partielle <sup>1</sup>
Personnes titulaires du certificat de qualification professionnelle « conseiller funéraire »	Quelle que soit la durée de l'expérience professionnelle	Équivalence totale (pas d'épreuves)
Personnes ne justifiant pas avoir suivi la formation professionnelle prévue, selon le cas, avant l'application du décret 2012-608 du 30 avril 2012 relatif aux diplômes dans le secteur funéraire	Quelle que soit la durée de l'expérience professionnelle	Épreuves théoriques (écrites et orale) et stage obligatoire prévus par le nouveau dispositif
Personnes ayant bénéficié des dispositions transitoires des articles R.2223-50 ou R.2223-51 du CGCT	Quelle que soit la durée de l'expérience professionnelle	Équivalence totale (pas d'épreuves)

<sup>1</sup> l'organisme de formation, en fonction des connaissances et de l'expérience acquise, dispense le candidat de suivre tout ou partie des enseignements obligatoires. Toutefois, le candidat doit passer l'ensemble des épreuves écrites ainsi que l'épreuve orale. Il est dispensé du stage obligatoire en entreprise.

**NB** : Par voie de conséquence, les personnes justifiant exercer leurs fonctions de manière continue depuis une date antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2011 bénéficient d'une équivalence totale et n'ont donc pas à obtenir le diplôme correspondant.

## ANNEXE F

**ÉQUIPEMENTS FUNÉRAIRES**  
**(Véhicules, chambres funéraires, crématorium)**

<b>VÉHICULES FUNÉRAIRES</b>	<b>FONCTIONS</b>	<b>PIECES A FOURNIR</b>
Véhicules assurant le transport de corps avant mise en bière	Véhicules assurant le transport des corps à visage découvert	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie du certificat d'immatriculation avec la mention VASP-FUNER</li> <li>- Certificat de propriété ou copie du contrat de location</li> </ul>
Véhicules assurant le transport de corps après mise en bière	Fourgons mortuaires assurant le transport des corps après mise en bière sur moyennes et longues distances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie du certificat d'immatriculation avec la mention VASP-FUNER</li> <li>- Certificat de propriété ou copie du contrat de location</li> </ul>
Corbillards	Véhicule d'apparat assurant le transport de corps après mise en bière lors d'un convoi funéraire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie du certificat d'immatriculation avec la mention VASP-FUNER</li> <li>- Certificat de propriété ou copie du contrat de location</li> </ul>
Voitures de deuil	Voitures assurant le transport de la famille du défunt et des représentants du culte lors d'un convoi funéraire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie du certificat d'immatriculation</li> <li>- Certificat de propriété ou copie du contrat de location</li> </ul>
Chars porte-couronnes	Véhicules affectés exclusivement au transport des fleurs lors d'un convoi funéraire	Véhicules non soumis à habilitation

<b>LES EQUIPEMENTS</b>	<b>PIECES A FOURNIR</b>
La chambre funéraire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- copie de l'arrêté préfectoral de création (article R2223-74 du code général des collectivités territoriales)</li> <li>- copie de l'attestation de conformité délivrée par l'organisme de contrôle agréé (art.R2223-74 à D2223-87 du CGCT)</li> <li>- certificat de propriété ou copie du contrat de location ou le cas échéant, la copie du contrat de délégation avec la commune</li> <li>- règlement intérieur, daté et signé (art.R2223-67 et R2223-68 du CGCT)</li> </ul>
Le crématorium	<ul style="list-style-type: none"> <li>- copie de l'arrêté préfectoral de création (article R2223-40 du CGCT)</li> <li>- copie de l'attestation de conformité délivrée par l'Agence Régionale de la Santé (art. R2223-61 et D2223-99 à D2223-109 du CGCT)</li> <li>- Règlement intérieur, daté et signé (art.R2223-67 et R2223-68 du CGCT).</li> </ul>

**ANNEXE G****ORGANISMES DE CONTRÔLE**  
**(sources : Comité Français d'accréditation [COFRAC])****APAVE**

- 245 Avenue de l'Université  
Immeuble Le Coudon  
83120 LA VALETTE DU VAR  
  
Tél : 04 94 00 12 30  
Fax : 04 94 08 12 76

**BUREAU VERITAS**

- Bâtiment Centre Azur  
Route des Vernèdes  
83480 PUGET SUR ARGENS  
  
Tél : 04 94 19 77 77  
Fax : 04 94 19 77 78
  
- Immeuble Le France  
Village d'Entreprises Valgora La Valette  
BP 502  
83041 TOULON CEDEX 9  
  
Tél : 04 94 14 19 40  
Fax : 04 94 14 19 50

**ÉTOILE DE FRANCE**

- 11, rue des Carrières  
34430 SAINT-JEAN-DE-VEDAS  
  
Tél : 06 46 35 44 25