

## DEMANDE DE SOINS PAR LA FAMILLE

Je soussigné(e) : .....

Demeurant à : .....

Lien de parenté : .....

Donne mon autorisation pour qu'un soin de thanatopraxie soit réalisé sur le

corps de : .....

.....

Décédé(e) le ..... À .....

Je reconnais avoir reçu de la part des Pompes Funèbres VASSART-CLAUDEL un

document écrit officiel m'informant de l'objet et de la nature des soins de

conservation et des alternatives à ces soins.

(Article R.2213-2-2 du Code Général des Collectivités Territoriales)

Fait à .....

Le .....

Signature