

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