



Ville de
CESSON
SÉVIGNÉ

DEMANDE D'AUTORISATION POUR UNE INTERVENTION DANS LE CIMETIÈRE DE LA VILLE DE CESSON-SÉVIGNÉ

La demande doit être transmise en mairie avant le début des travaux .

Ce document doit obligatoirement être signé par le titulaire de la concession ou un ayant droit ET par le représentant de l'entreprise chargé de réaliser les travaux, faute de quoi il sera retourné sans avoir été instruit.

Je soussigné(e), (Nom Prénoms) _____

Adresse _____

Tél _____

Agissant en qualité de : concessionnaire seul ayant droit du concessionnaire décédé

l'un des ayants droit du concessionnaire décédé se portant fort et garant pour les autres

(qualité d'ayant droit : apporter la preuve du lien de parenté)

Déclare avoir chargé l'entreprise (Nom adresse) _____

Sur la concession : Carré _____ Rang _____ Emplacement _____ ou n° _____ Case _____

Date d'intervention : ____/____/____ ou du ____/____/____ au ____/____/____

(Durée maximum des travaux : 6 jours)

TRAVAUX DE MARBRERIE

Monument	Caveau	Autre
<input type="checkbox"/> Pose ____ (L)x ____ (l)x ____ (H)	<input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Simple double <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Scellement d'une urne <input type="checkbox"/> Ouverture/Fermeture d'une case columbarium ou d'un cavurne
<input type="checkbox"/> Dépose	Nombre de places _____	<input type="checkbox"/> Pose de semelle ____ (L)x ____ (l)x ____ (H)
<input type="checkbox"/> Gravure *	<input type="checkbox"/> Ouverture <input type="checkbox"/> Fermeture <input type="checkbox"/> Creusement ____ profondeur	<input type="checkbox"/> Pose plaque columbarium ou cavurne ____ (L)x ____ (l)x ____ (H)
<input type="checkbox"/> Autres : _____		

* **Travaux de gravure** (Art.43 du règlement)

Texte complet de la gravure obligatoire :

Plan annexe obligatoire (Art. 43 du règlement)

L'INHUMATION ou EXHUMATION D'UN DÉFUNT

Cercueil

Urne

Dispersion des cendres

Nom du défunt : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

Décédé(e) le : ____/____/____ à _____

L'inhumation/l'exhumation est prévue le ____/____/____ heure ____ : ____

Organisée par l'entreprise de Pompes funèbres : _____

Informations complémentaires :

Je soussigné, auteur de la présente demande, certifie exacts les renseignements qui y sont contenus.

Je m'engage pour l'exécution de ces travaux à me conformer strictement au règlement du cimetière et à garantir la ville de Cesson-Sévigné contre toute responsabilité qui pourrait survenir à l'occasion de la présente déclaration dont j'assume la pleine et entière responsabilité.

A _____, le ____/____/____

Signature du demandeur

Signature et cachet de l'entreprise