



**Autorisation
n°**

DEMANDE DE REDUCTION DE CORPS

Je soussigné(e),
Domicilié à
Tél.

**Agissant en qualité de parent le plus proche,
Demande l'autorisation de faire procéder à la réduction du corps de :**

Mme, M. prénom(s).....
décédé(e) le à
inhumé(le)

Mme, M. prénom(s).....
décédé(e) le à
inhumé(le)

Mme, M. prénom(s).....
décédé(e) le à
inhumé(le)

Mme, M. prénom(s).....
décédé(e) le à
inhumé(le)

Mme, M. prénom(s).....
décédé(e) le à
inhumé(le)

concession n° carré

Afin de permettre l'inhumation du corps de

Née le à

Décédée le à

Au cas où je ne pourrais pas assister à cette réduction,

NOM : Prénom(s).....

lien de parenté, domicilié(e)

sera chargé(e) de me représenter en qualité de mandataire.

Les opérations seront réalisées par

Je déclare sur l'honneur qu'il n'existe pas d'autres personnes au même degré que moi, ou que s'il en existe, elles ne sont pas opposées à la présente demande dont j'assume la pleine responsabilité.

Je m'engage à garantir la commune de CAMPUGNAN contre toutes réclamations qui pourraient survenir à l'occasion de cette réduction.

Nom, Prénom, Signature :