REPUBLIQUE FRANCAISE

Commune de Villefranche d'Allier

Mairie de Villefranche d'Allier
Avenue Victor Hugo
03430 VILLEFRANCHE D'ALLIER
☏ : 04 70 07 40 35

ACTE D'AUTORISATION DE CREMATION

Ceci est mon testament crématiste.

Je soussigné(e) .....né(e) le __\ __\ ____\ à..... ,
(*Prénom, Nom)*

demeurant au n° ____\ Rue : .....
Commune : ..... Département : __\
déclare vouloir être crématisé(e) après mon décès.

Toute personne en possession de ce testament à pouvoir à en vérifier la bonne exécution, sauf présentation d'une autre volonté écrite établie postérieurement. La législation en vigueur au jour de mon décès devra être respectée.

Je désire que

- mon urne cinéraire soit :
  - ☐* mise dans le columbarium du cimetière de la commune de Villefranche d'Allier,
  - ☐ inhumée dans la sépulture funéraire ....., N°____\
    (*Nom du concessionnaire, numéro de la concession)*
  - ☐ scellée sur le monument funéraire ....., N°____\
    (*Nom du concessionnaire, numéro de la concession)*
  - ☐ inhumée dans la propriété privée sise n° ____\ Rue : .....
    Commune : ..... Département : __\
    (Après autorisation préfectorale et municipale)
- mes cendres cinéraires puissent être :
  - ☐* dispersées dans le Jardin du Souvenir de la commune de Villefranche d'Allier,
  - ☐ dispersées sur le sol .....
    (Dénomination de l'endroit sauf voie publique et jardins publics)
  - ☐ immergées au lieu-dit .....
    (Localisation)

Ce testament est écrit de ma main au n° ____\ Rue : .....
Commune : ..... Département : __\

Le / /
Signature

(cocher la case correspondante)*