



Mairie de Louvigny

17 Grande Rue
14111 LOUVIGNY
☎ : 02 31 75 10 61

Cimetière	:
N° concession	:
Emplacement	:

**DEMANDE D'AUTORISATION DE DISPERSION DE CENDRES
DANS LE JARDIN DU SOUVENIR**

Je soussigné(e) :
(nom en lettres capitales et prénoms)

Demeurant à : n° __\ Rue :

Commune : Département : __\

Lien de parenté avec la personne décédée :

Sollicite l'autorisation de disperser dans le jardin du souvenir du cimetière communal, les cendres de :

Né(e) le ... / ... / ... à Département : __\

Domicilié(e) en son vivant :

décédé(e) à Département : __\ le ... / ... / ...

Date et heure prévues pour la dispersion : le ... / ... / ... à heures

Entreprise de Pompes Funèbres :

Je m'engage à prendre en charge les frais en résultant et garantis expressément la commune de Louvigny contre toute réclamation pouvant survenir du fait de cette dispersion dont je prends l'entière responsabilité.

L'inhumation aura lieu le ... / ... / ... à Département : __\ dans la concession n° , emplacement n° .

Fait à , le / /

Signature :

**AUTORISATION DE DISPERSION DE CENDRES
DANS LE JARDIN DU SOUVENIR**

(application décret n°2007-328 du 12 mars 2007) **Le Maire de la commune de Louvigny,**
Autorise la dispersion dans le jardin du souvenir du cimetière communal, des cendres de :

Nom : Prénom :

Né(e) le ... / ... / ... à Département : __\

Décédé(e) le : ... / ... / ... à Département : __\

Autorise la dispersion des dites cendres funéraires, au jardin du souvenir, le / /

Fait à , le / /

Le Maire,