



Mairie de Les Rousses

281, rue Pasteur
39220 LES ROUSSES
Téléphone : 03 84 60 01 52

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 Les Rousses contre toute réclamation pouvant survenir du fait de cette dispersion dont je prends l'entièr 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 Les Rousses**,
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,