

## SOINS DE CONSERVATION (1)

**DEMANDE DE LA FAMILLE :**  
**VILLE DE :**

Madame, Monsieur le MAIRE

Je soussigné(e), Mme / Mlle / Mr /

Demeurant:

n°                                rue

CP    VILLE

Agissant en qualité de (2)

sollicite l'autorisation de faire procéder, dans le cadre de la réglementation en vigueur, aux soins de conservation du corps de :

Mme / Mlle / Mr /    décédé(e) le

A

Et charge la société **TOURAINÉ THANATOPRAXIE TRANSPORT**  
**(habilitation préfectorale de l'INDRE et LOIRE 2004.37.185)**

De procéder à cette opération qui se déroulera le    à    heures

A l'adresse suivante :

Veillez croire, Madame, Monsieur le Maire, en l'assurance de ma considération distinguée.

Fait à    le

Signature

### DECLARATION DU THANATOPRACTEUR

Nous soussignés, **TOURAINÉ THANATOPRAXIE TRANSPORT,**  
**3 RUE DES AUGUSTINS – 37540 SAINT-CYR-SUR-LOIRE**

titulaire de l'habilitation préfectorale (3) n° **2004.37.185** **préfecture d'Indre-et-Loire,**  
déclarons faire procéder aux soins de conservation du corps nommé ci-dessus

Ces soins de conservation seront effectués par un thanatopracteur (3) titulaire du diplôme national (4).

Le liquide de conservation sera un fluide agréé par arrêté du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et contrôlé conformément à la réglementation en vigueur (1).

Signature, 

(1) Décret 76435 du 18 mai 1976, article 1, 2 et 3, modifiant le décret du 31 décembre 1941.

(2) Lien de parenté avec le défunt

(3) Loi n° 93-23 du 8 janvier 1993

(4) Décret 94-260 du 1<sup>er</sup> mai 1994