Association pour
l'Inhumation et la Crémation

DEMANDE D'INCINERATION

FORMULAIRE I

A Monsieur l'Officier de l'état civil de . . . . . .

Je soussigné(e) (nom, prénoms) . . . . . .

demeurant à . . . . . n°. . . . . .

qualifié(e) pour pourvoir aux funérailles de (1) (Identité de la personne défunte)

. . . . . .

Décédé(e) à . . . . . le . . . . . vous prie de m'accorder l'autorisation de

faire incinérer au Crématorium . . . . . .
le corps de la personne prénommée.

Veuillez trouver annexe à la présente:

1° l'acte par lequel la personne défunte a exprimé la volonté formelle de faire incinérer ses restes mortels (2):

2° un certificat de M. . . . . médecin qui a constaté le décès affirmant qu'il n'y a pas de signes ou indices de mort violente et suspecte.

Il déclare en outre que le corps n'est pas muni d'un stimulateur cardiaque (pacemaker).

Je charge A.I.C. - HEIRBRANT – (3) M . . . . . .

de remplir en mon nom toutes les formalités relatives à cette affaire.

Ci-joint en communication ma carte d'identité pour le contrôle de ma signature.

Les cendres seront:
1) Inhumées (2)
2) Placées en columbarium (2)
3) Dispersées (2)

au cimetière de . . . . . .

4) conservation/inhumation/dispersion à un autre endroit que le cimetière (2)

Agréez, Monsieur l'Officier de l'état civil, l'assurance de ma parfaite considération.

Date et signature

(1) Degré de parenté
(2) A biffer éventuellement
(3) les pompes funèbres

FORMULAIRE II

CERTIFICAT MEDICAL
Prévu par l'article 22 de la loi du 20 juillet 1971

Je soussigné(e). . . . . .

Docteur de médecine, domicilié à . . . . . .

déclare avoir constaté le décès de . . . . . .

survenu le . . . . . à . . . . . .
et affirme qu'il n'y a pas de signes ou indices de mort violente et suspecte.

Je déclare en outre que le corps n'est pas muni d'un stimulateur cardiaque (pacemaker).

Date et signature