



ATTESTATION INDIVIDUELLE DE CAPACITÉ PROFESSIONNELLE
à fournir pour chacun des salariés (y compris le gérant et le responsable)

Nom, prénom du représentant légal de l'établissement :

Qualité :

ATTESTE que

Nom, prénom :

né(e) le :

à département :

demeurant à :

date d'entrée dans la société :

en qualité de :

date de délivrance de l'attestation de formation :

diplôme :

exerce depuis le la profession funéraire de :

Cocher la ou les cases correspondantes si plusieurs fonctions sont exercées.

agent d'exécution d'une des prestations funéraires pour lesquelles l'habilitation est obligatoire (porteurs, chauffeurs de véhicules funéraires, fossoyeurs, agents de chambre funéraire).

agent qui coordonne le déroulement des diverses cérémonies de la mise en bière à l'inhumation ou la crémation (maître de cérémonie, ordonnateur).

agent qui accueille et renseigne les familles (agents d'accueil, hôtesse, vendeurs).

agent qui détermine directement avec la famille l'organisation et les conditions de prestations funéraire (conseiller funéraire, assistant funéraire)

agent responsable d'une agence, d'un établissement, d'une succursale ou d'un bureau (directeur ou chef d'agence, responsable de l'établissement ou de la succursale).

gestionnaire d'une chambre funéraire

gestionnaire d'un crématorium

assure la direction d'une régie, d'une entreprise, d'une association ou d'un établissement (P.D.G, gérant, directeur).

Fait àle.....

Signature du bénéficiaire de l'attestation

Signature du représentant légal de
l'établissement