

**ATTESTATION INDIVIDUELLE**  
**D'EXERCICE D'UNE PROFESSION FUNERAIRE**

M. (NOM PRENOM)

En qualité de représentant légal de (nom de l'entreprise)

**ATTESTE**

que M. (NOM PRENOM)

né le

demeurant à

exerce depuis le (date d'entrée en fonction) la profession funéraire de :

agent d'exécution de la prestation funéraire

agent qui coordonnent les cérémonies

agent qui accueille et renseigne les familles

agent qui conclut directement avec la famille, l'organisation et les conditions de la prestation funéraire

responsable d'agence, bureau ou succursale

gestionnaire d'une chambre funéraire

gestionnaire d'un crématorium

dirigeant de régie, entreprise ou association

Fait à

Le

Signature du  
beneficiaire

Signature du  
représentant légal