

DECLARATION DE DECES

A envoyer par mail à accueil@rostreten.com ou par fax **02.96.29.08.25**

Avec le certificat médical

Et si vous en disposez la carte d'identité ou acte de naissance ou livret de famille du défunt

Déclarant : Nom : Nom marital :

Prénom(s) : Date de naissance :

Lieu de naissance : Profession :

Exerçant à :

Le déclarant devra signer le registre en mairie aux horaires : L/M/Me/J/V 08h30 – 12h00 / 13h30 – 17h00

Défunt :

Date de décès : Heure : Lieu :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Domicile :

Profession :

Situation matrimoniale :

Célibataire

Marié(e) avec :

Veuf (ve) de :

Divorcé (e) de :

Père du défunt :

Nom : Prénom (s) :

Décédé Si non, adresse et profession :

Mère du défunt :

Nom : Prénom (s) :

Décédé Si non, adresse et profession :

Nom des Pompes Funèbres en charge des Obsèques :

A ROSTRENEN, le

Signature :