



DEMANDE DE DISPERSION DE CENDRES

CIMETIÈRE DE

JARDIN
DU SOUVENIR

Date et heure souhaitées :

Présence de la
famille obligatoire

Ville de Vouziers
service cimetières
rue de Glasgow
Tél. : 03 24 30 76 44
Fax : 03 24 30 76 59

Je, soussigné(e) :

Nom - Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

né(e) le : _____ à _____

demeurant à _____

rue _____ n° _____

Demande la dispersion des cendres de :

Nom - Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

né(e) le _____ à _____

décédé(e) le _____ à _____

incinéré(e) le _____ à _____

au jardin du souvenir du columbarium du cimetière de :

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VOUZIERS | <input type="checkbox"/> CHESTRES |
| <input type="checkbox"/> BLAISE | <input type="checkbox"/> CONDÉ |

Je déclare assumer la pleine et entière responsabilité de la présente déclaration,
m'engageant à garantir la ville de Vouziers contre toute réclamation.

A _____, le _____

(signature)