



Crématorium Mont-Royal

Crématorium Inc.

Premier Crématorium au Canada Fondé en 1901

1297 Chemin de la Forêt, Outremont, Québec H2V 2P9

Tél.: (514)279-6540 Téléc.: (514)279-5368

www.mountroyalcem.com

Je _____

(Nom complet du requérant)

Adresse _____

(Numéro civique)

(Rue)

(Ville)

(Province)

(Code Postal)

Téléphone : Résidence _____ Bureau _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Demande au **CRÉMATORIUM INC.** de procéder à la crémation de

(Nom complet du défunt ou de la défunte incluant son nom de fille, le cas échéant)

IDENTIFICATION DU DÉFUNT OU DE LA DÉFUNTE

Nom complet du conjoint (nom de fille) _____

Statut matrimonial _____ Sexe _____ Âge _____

Nom du père _____

Nom de la mère (nom de fille) _____

Lieu de naissance _____

Date du décès _____ Date de naissance _____

Lieu du décès _____

Dernière adresse _____

Religion _____

Date et heure du service funéraire (en présence du corps, si applicable) _____

Date et heure d'arrivée au crématorium (disposition directe, pas de famille) _____

Nom de la maison funéraire _____

Représentant de la maison funéraire responsable des arrangements: _____

Nom(s) et Adresse(s) de l' (des) enfant(s), du (des) proche(s) parent(s), de l' (des) exécuteur(s) ou liquidateur(s) INSCRIRE LE LIEN AVEC LE/LA DEFUNT(E)

(Suite)

Veillez répondre aux questions suivantes:

1. a) Êtes-vous le liquidateur/exécuteur du défunt (ou de la défunte)? Oui Non
b) Si non, veuillez inscrire le nom du liquidateur/exécuteur: _____
c) Est-ce que le liquidateur/exécuteur est en accord avec l'application de la crémation? Oui Non
d) Quel est votre lien de parenté avec le défunt? _____
e) Êtes-vous le plus proche parent? Oui Non
f) Pour quelle raison agissez-vous en remplacement de l'exécuteur, du liquidateur ou du plus proche parent?

2. Est-ce que le (la) défunt(e) a laissé des directives écrites sur le mode de disposition de son corps?
Oui Non Si oui, quelles étaient les directives? _____
3. Est-ce que tous les proches parents ont été informés de la crémation du défunt? Oui Non
(Le terme "proches parents" Inclus veuf ou veuve, parents, enfants de plus de 16 ans, et tout autre proche résidant avec le défunt).
a) Y a-t-il des proches parents qui ont exprimé des objections à la crémation proposée? Oui Non
b) Si oui, elles sont basées sur quoi? _____
4. a) Est-ce que le (la) défunt(e) contient un défibrillateur cardiaque ou autre matière radioactive? Oui Non
b) Si oui, le directeur de funérailles a-t-il retiré ces éléments? Oui Non
c) La dépouille a-t-elle des bijoux ou objets sur elle devant être retirés avant la crémation? Oui Non
Si oui, lesquels et où? _____
5. Voulez-vous assister aux procédures initiales de la crémation? (5 minutes) Oui Non Initiales: _____
6. Désirez-vous identifier le (la) défunt(e) avant la crémation? (5 minutes) Oui Non Initiales: _____

Directives pour le mode de disposition

Les restes incinérés seront placés dans un contenant temporaire fourni par la Compagnie ou dans une urne spéciale de votre choix. Les cendres peuvent demeurer au crématorium pour une période de **trente (30) jours. Des directives quant à la disposition des cendres doivent être communiquées avant la fin de cette période. La compagnie réserve le droit de retourner les cendres et des frais seront applicables.**

- a) Cimetière Mont-Royal Cimetière Hawthorn-Dale. b) **Spécifier Fosse/Niche/Crypte #** _____
Concessionnaire: _____
Relation du **défunt** avec le **détenteur** _____
Date de disposition finale: _____ Heure: _____
- c) De les remettre au requérant d) De les remettre au directeur de funérailles
- e) De les remettre à: _____
(Donner le nom complet et le numéro de téléphone)
- f) Autre: _____

Je déclare solennellement que les réponses aux questions ci-dessus sont vraies et que je fais cette déclaration solennelle en toute conscience et du fait qu'elle a la même force et effet que si elle était faite sous serment.

Déclarée devant moi à _____ en ce _____ jour de _____ 2 _____

Signature requérant _____ Témoin _____