



Certificat de funérailles

NOM ET ADRESSE DE LA PAROISSE

Paroisse dissoute ou église : _____

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE (A-M-J)	LIEU DE RÉSIDENCE (MUNICIPALITÉ, PROVINCE, PAYS)
DATE DU DÉCÈS (A-M-J)	LIEU DU DÉCÈS (MUNICIPALITÉ, PROVINCE, PAYS)
PÈRE OU AUTRE FILIATION CIVILE	MÈRE OU AUTRE FILIATION CIVILE
DATE DES FUNÉRAILLES (A-M-J)	NOM DU MINISTRE
LIEU D'INHUMATION OU DE DÉPÔT DES CENDRES	

SCEAU

ÉMIS LE _____

_____ DÉPOSITAIRE DES REGISTRES - *Code de droit canonique, canon 535 § 3*

Septembre 2021