UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS-POMPIERS DE LA CÔTE D'OR

DEMANDE DE PALME FUNERAIRE

CENTRE CONCERNE

CENTRE DE SECOURS de _____

Chef de Centre : _____

Noms *Prénoms*

Président d'amicale _____

LE BENEFICIAIRE

Nom: _____ Prénom : _____

Décédé le _____

Age _____ ans

Actif : Oui ☐ Non ☐ Vétéran : Oui ☐ Non ☐

Obsèques le : _____ à : _____

En l'église de :

Adhérant à l'union départementale : Oui ☐ Non ☐ (**si non engagement financier de 185 €)**

SIGNATURES

Signature du chef de centre : _____ Date : _____

Signature du président d'amicale en cas d'engagement financier* : _____ Date : _____

* Si le bénéficiaire n'est pas adhérant à l'union départementale, la palme sera facturée.