|  |
| --- |
| **Identification de la personne qui fait la demande** (*écrire en lettres moulées*) |
| Prénom, Nom | Téléphone (résidence) |
| Téléphone (autre)[ ]  cellulaire [ ]  travail |
| Adresse (numéro, rue) |
| Ville | Province | Code postal |

|  |
| --- |
| **Identification de l’organisme à qui la demande est déposée** (*écrire en lettres moulées*) |
| Nom de l’organismeMUNICIPALITÉ DES CÈDRES |
| Adresse (numéro, rue, ville et code postal)1060, CHEMIN DU FLEUVE, QUÉBEC, J7T 1A1 |

|  |
| --- |
| **Identification du document demandé** (*écrire en lettres moulées*) |
|  |

|  |
| --- |
| **Mode de consultation souhaitée** |
| Consultation sur place | [ ]  | Envoi de copie du document | [ ]  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature du demandeur :** |  |  |
|  |  |  |
| **Date :** |  |  |

**À l’usage de l’organisme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de réception de la demande** |  |  |

|  |
| --- |
| **Note sur le suivi** |
|  |