

DEMANDE D'ARRETE MUNICIPAL

<u>Nom, Prénom ou Dénomination du demandeur :</u>		<u>Tél :</u>
		<u>Fax :</u>
<u>Adresse :</u>		
<u>Code postal</u>	<u>Localité :</u>	

2- LIEU D'INTERVENTION

<u>Lieu :</u>		<u>N° Voirie :</u>	
<u>Date de début des Travaux</u>		<u>Date de fin des Travaux :</u>	
<u>Nature des Travaux projetés :</u>		Echafaudage	
		Benne	
		Bardage	
		Grue	
		Déménagement	
		Travaux	

3- MESURE DE CIRCULATION

<u>CIRCULATION</u> <input type="checkbox"/> INTERDITE <input type="checkbox"/> RESTREINTE <input type="checkbox"/> ALTERNEE / B 15 - C 18 <input type="checkbox"/> ALTERNEE / K 10 <input type="checkbox"/> ALTERNEE / FEUX <input type="checkbox"/> OCCUPATION SUR UNE FILE <input type="checkbox"/> TRAVERSEE <input type="checkbox"/> VITESSE LIMITEE	<u>STATIONNEMENT</u> <input type="checkbox"/> INTERDIT <input type="checkbox"/> AUTORISE <u>IMMATRICULATION</u> OCCUPATION DU TROTTOIR <input type="checkbox"/> <u>PROLONGATION N° :</u> <u>PC n°...</u> <u>DT n°....</u>
--	--

<u>DATE :</u> <u>SIGNATURE :</u>	<u>PRESCRIPTIONS PARTICULIERES :</u>
---	--------------------------------------

LE DOCUMENT DEVRA ETRE RETOURNE AU SERVICE 10 jours avant l'intervention

Fax n°: 05/63/22/19/70