

## DÉMÉNAGEMENT

**À RETOURNER À LA VILLE AU MOINS 15 JOURS AVANT LA DATE PRÉVUE DE L'INTERVENTION**

### LE DEMANDEUR

**Qualité du demandeur :**

particulier

entreprise

Nom : ..... Prénom : .....

Dénomination : ..... Représenté par : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Courriel : ..... @ .....

SIRET : .....

**Si le bénéficiaire est différent du demandeur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Dénomination : ..... Représenté par : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

### LOCALISATION DU SITE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Adresse : .....  
.....

### DATE ET DURÉE DE L'INTERVENTION

Date prévisionnelle de début d'intervention : .....

Date prévisionnelle de fin d'intervention : .....

Durée prévisionnelle de l'intervention (*en jours calendaires*) : .....

### EMPRISE NÉCESSAIRE

Nombre de places de stationnement (5 m x 2.50 m = 1 place) : .....

Fermeture de la rue :  OUI  NON

Monte-charge :  OUI  NON

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Pour tout renseignement complémentaire, merci de bien vouloir contacter le service Voirie de la Ville :**

- par téléphone au 01.71.02.80.30.
- ou par mail en écrivant à l'adresse suivante : [voirie@mairie-vaucresson.fr](mailto:voirie@mairie-vaucresson.fr)
- ou par courrier adressé au 8, Grande Rue à Vaucresson (92 420)

J'atteste de l'exactitude des informations fournies

Fait à ..... le .....

Signature du demandeur :