



Municipalité de Saint-Mathieu-du-Parc

561, chemin Déziel

Saint-Mathieu-du-Parc (Québec) Téléphone:(819) 299-3830

G0X 1N0

Télécopieur:(819) 532-2415

FORMULAIRE DE PERMIS

Demande certificat d'autorisation

Demande débutée le:	Demande complétée le:	No demande
Saisie par:		
Type de permis:	Sollicitation	
Nature:		

Identification**Propriétaire**

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____
Téléphone: _____

Demandeur

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____
Téléphone: _____

Emplacement

Matricule: _____
Adresse: _____
Zones: _____
Lot distinct:

Code d'utilisation: _____
Code d'utilisation projetée: _____
Frontage: _____
Profondeur: _____
Superficie: _____
Nombre de logements: _____
Année construction: _____
Nombre d'étages: _____
Aire de plancher m²: _____
Nombre d'unités touchées: _____

Code de zonage: _____
Secteur d'inspection: _____
Service: _____
Cadastre: _____

Travaux**Exécutant des travaux**

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____
Tél.: _____
Téléc.: _____
No RBQ: _____
No NEQ: _____

Responsable

Nom: _____
Tél.: _____

Date début des travaux: _____
Date prévue fin des travaux: _____
Date fin des travaux: _____
Valeur des travaux: _____

Sollicitation

Organisme ou personne morale

Organisme:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Ville:	<input type="text"/>		
Code postal:	<input type="text"/>		
Responsable:	<input type="text"/>		
Date d'incorporation:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Première demande:	<input type="text"/>
No d'incorporation:	<input type="text"/>		
	Date dernière demande: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

Solliciteurs

Nom / Adresse	Téléphone	Date de naissance	No d'assurance sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Organisme de charité

L'organisme peut-il émettre des reçus pour fin d'impôt ? No de charité:

Service externe

L'organisme fait-il appel à des services externes pour cette sollicitation ?
Nom de ce service:
Type de sollicitation: Téléphone:

Détail de l'activité

Type d'activité:
Produit vendu:

Lieu de l'activité:
Date de début: Date de fin:

Répartition des revenus de l'activité

Pourcentage qui revient aux organismes bénéficiaires:
Pourcentage aux solliciteurs:
Pourcentage consacré à l'administration:
Pourcentage au service direct des bénéficiaires:
Pourcentage qui revient à cet l'organisme:
Total:

But de l'activité

Description de l'activité

Bénéficiaires de l'activité

Description des travaux**Signature du demandeur**

Signature du demandeur _____ Date: _____
