

Date de la demande :

DEMANDE DE PERMIS DE COLPORTAGE/SOLLICITATION

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME (Personne physique ou morale)				
Nom de l'organisation :				
Adresse :				
Téléphone (bureau) :	Téléphone (autre) :			
Courriel :				
IDENTIFICATION DU REQUÉRANT				
Nom du requérant :				
Adresse:				
Téléphone (bureau) :	Téléphone (autre) :			
Courriel:				
Date de naissance* :				
Avez-vous eu des antécédents judiciaires au cou	rs des 3 dernières années : 🗌 Oui** 📗 Non			
*Si le requérant est mineur, joindre le nom, date de naissance et coordonnées de son répondant **Si antécédents, joindre la liste des antécédents à votre actifs pour cette période				
INFORMATIONS SUR L'ACTIVITÉ				
Description de l'activité :				
Date de début (prévoir une période de 30 jours p	nour l'émission du narmis) :			
Durée de l'activité (période maximale de 30 jours)				
- and a district (periode maximale de do Jour	- ,			

www.municipalitesaint-boniface.ca



REPRÉSENTANTS				
Nom, Prénom	Adresse	# téléphone	Date de naissance	
INFORMATIONS COMPLÉME				
Copie du permis émis par l'of			quis)	
Copie des lettre patentes ou	•			
Paiement de 300\$ pour frais de permis (Lorsque requis)				
DÉCLARATION ET SIGNATURE				
Je déclare par la présente que les renseignements donnés ci-contre sont complets et exacts, et que,				
si le permis m'est accordé, je me conformerai aux conditions de ce dernier, ainsi qu'aux lois et règlements pouvant s'y rapporter.				
regiements pouvant's y rappo	orter.			
J'accepte et autorise la munio	rinalité de Saint-Roniface	en mon nom let all nom	n de l'organisation que	
je représente, à verifier mes	= -		r de r organisation que	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
Signé à	ce		<u>_</u>	
Signature du requérant :				
RÉSERVÉ À LA MUNICIPALITÉ				
Date de réception :				
<u> </u>				



Date de paiement :

Traité par :