

**DELAI DE TRAITEMENT DE 15 JOURS OUVRES MINIMUM A COMPTER DU TRAITEMENT
PAR LES SERVICES - TOUTE DECLARATION ERRONNEE OU INCOMPLETE ANNULERA LE
TRAITEMENT ET LE SUIVI DE LA DEMANDE D'AUTORISATION**

Avis du service Commerces et Artisanat :

Date de validation : Avis Favorable Avis Défavorable

Observation : _____

Demandeur :

Nom : _____ Prénom : _____

Dénomination : _____ Représenté par : _____

N° de SIRET ou SIREN :

Obligatoire : joindre photocopie du Kbis (ou photocopie pièce d'identité)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Téléphone : _____

Courriel* : _____ @ _____

***LETTRES CAPITALES**

Agissant pour le compte de :

Nom : _____ Prénom : _____

Dénomination : _____ Représenté par : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Téléphone : _____

Courriel* : _____ @ _____

***LETTRES CAPITALES**

Nature de la demande :

Localisation du site concerné par la demande :

Adresse _____

Détails de la demande : _____

Terrasse : fermée délimitée par des balustres

Surface de l'occupation : _____ m²

Terrasse non close annuelle

Surface de l'occupation : _____ m²

