



DEPARTEMENT DE LA SEINE MARITIME  
POLICE MUNICIPALE  
45 BIS Rue D'IGNAVAL  
Tel. : 02-35-44-65-15

# Opération Tranquillité Vacances

N° : ...../..... Mois : .....

## FICHE DE SURVEILLANCE DES HABITATIONS

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date de départ : ..... Date de retour : .....

Quelqu'un est-il autorisé à pénétrer à l'intérieur de votre propriété ? OUI NON

Si OUI indiquer :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'INCIDENT

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## LIEU DE CONTACT PENDANT VOTRE ABSENCE

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## OBSERVATIONS PARTICULIERES

(Préciser si : système d'alarme, piège, animaux...)

.....

.....

**Je soussigné ....., reconnais que la présente demande n'engage en aucune manière, la responsabilité de la Ville de SAINTE ADRESSE en cas de cambriolage, d'intrusion ou d'incidents divers.**

**Le jardin de la propriété est-il accessible ? OUI NON**

**Si OUI, autorisez-vous la Police Municipale à y entrer pour faire le tour de la propriété pendant ses différents passages ? OUI NON**

**J'autorise**, ou  **Je n'autorise pas** la Police Municipale de SAINTE ADRESSE à pénétrer sur ma propriété et éventuellement à l'intérieur de mon habitation dès la constatation d'un fait anormal.

Fait à SAINTE ADRESSE

Le .....

Signature avec **Mention « Lu et approuvé »**