



DEMANDE D'ARRÊTÉ DE CIRCULATION

(à remettre 15 jours avant le début des travaux)

Document à retourner aux services techniques :

Tél : 02 35 54 07 81 Mail : services-techniques@sainte-adresse.fr

DEMANDEUR	ENTREPRISE CHARGÉE DES TRAVAUX
Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Mail : _____	Mail : _____

Nom du responsable des travaux : _____

Numéro de téléphone portable : _____

LIEU DES TRAVAUX

Adresse : _____

*joindre **obligatoirement** les plans nécessaires présentant clairement l'emplacement des travaux envisagés*

DURÉE

Du : _____ Au : _____

NATURE DES TRAVAUX

Renseignements concernant la nature des travaux : _____

TYPE DE RÉGLEMENTATION

Circulation : aucune réduite (préciser) si alternée manuellement
 par feux tricolores

Horaire : de jour comme de nuit autre de _____ à _____

Stationnement : aucun toléré

SI DEMANDE DE STATIONNEMENT OU DE CIRCULATION AUX VÉHICULES DE PLUS DE 3,5T

Immatriculation du véhicule : _____

MANIFESTATIONS SPORTIVES

Indiquer le parcours des rues empruntés : _____

Joindre un plan

Le ____ / ____ / ____

Signature du demandeur