

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Nom du demandeur : _____ Date : ____/____/____

Nom(s) : _____
(si le propriétaire est différent du demandeur)

Matricule : _____ Tél. rés. : _____ trav. : _____ fax : _____

Adresse : _____

Adresse des travaux : _____

OBJET DE LA DEMANDE

Construction neuve <input type="checkbox"/>	Gîte touristique <input type="checkbox"/>	Démolition <input type="checkbox"/>
Agrandissement <input type="checkbox"/>	Travaux milieu riverain <input type="checkbox"/>	Transport de bâtiment <input type="checkbox"/>
Changement d'usage <input type="checkbox"/>	Clôture <input type="checkbox"/>	Renouvellement <input type="checkbox"/>
Installation septique <input type="checkbox"/>	Piscine <input type="checkbox"/>	Maison mobile <input type="checkbox"/>
Bâtiment accessoire <input type="checkbox"/>	Enseigne <input type="checkbox"/>	

Autres : _____

GENRE DE BÂTIMENT

Résidentiel <input type="checkbox"/>	Uni. <input type="checkbox"/> Bi. <input type="checkbox"/> Tri. <input type="checkbox"/>	Nombre de chambres
Institutionnel <input type="checkbox"/>	Multi. <input type="checkbox"/> Commun. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> +6 <input type="checkbox"/>
Commercial <input type="checkbox"/>		
Industriel <input type="checkbox"/>	Le sous-sol est-il utilisé?	Après travaux, y aura-t-il modification au
Mixte <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	nombre de chambres? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Agricole <input type="checkbox"/>		

Numéro(s) de(s) lot(s) : _____ Rang : _____ Cadastre : _____

Zone agricole : Oui Non - Autorisation de la C.P.T.A.Q. # : _____

Droits acquis : Oui Non

Marges de recul : Avant : _____ Latérale gauche : _____

Arrière : _____ Latérale droite : _____

Plan d'implantation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Numéro de la zone : _____
Certificat de piquetage : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coefficient occupation sol : _____
Certificat de localisation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Classification de sol : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Plan installation septique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Test de percolation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Plan de construction : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Lot cadastré : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Normes spéciales : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n° : _____	Bande protection riveraine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Titre de propriété : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n° de contrat : _____	

Date prévu de début de construction : ____/____/____ Nécessite une visite : Oui Non

Coût des travaux : _____

Entrepreneur : Oui Non Nom : _____

Rendez-vous municipalité : date : ____/____/____ Heure : _____ h

Raison de la demande : _____

