

**Demande d'autorisation de stationnement sur la voie publique à titre
exceptionnel pour raison médicale aux abords d'un établissement scolaire**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____

Période souhaitée : _____

Lieu souhaité : _____

Immatriculation du ou des véhicules : _____

Motif de la demande : _____

Date et signature du demandeur

Demande acceptée

Le Chef de la Police municipale

Demande refusée

Alain Damar

Observations : _____
