



Ville de Westmount / City of Westmount

Demande d'implantation d'un stationnement réservé – Personne à mobilité réduite

A – Coordonnées du requérant ou représentant (*dans le cas de personnes atteintes de déficience intellectuelle ou personnes mineures*):

Lien: Requérant Représentant, spécifiez (parent, organisme etc.): _____

Informations sur le représentant (s'il y a lieu) :

Nom : _____ Prénom: _____

Adresse civique: _____ App.: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Informations sur le requérant (personne visée par la demande) :

Nom : _____ Prénom: _____

Adresse civique: _____ App.: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

B – Véhicule et permis:

No. d'immatriculation: _____ Titulaire: _____

Vignette de stationnement pour personnes handicapées : Oui Non

Émetteur: SAAQ Autre: _____ No. de permis: _____

Échéance: ____ / ____ / ____

C - Engagement du requérant ou représentant :

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et que j'aviserai la Ville de Westmount de tout changement

Nom, prénom : _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____