

À l'usage du demandeur

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

Nom		Prénom	
Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal	
Téléphone			
résidence		travail	

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME À QUI LA DEMANDE EST FAITE

Nom de l'organisme		Prénom	
MUNICIPALITÉ DE MILLE-ISLES			
Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal	
1262, CHEMIN DE MILLE-ISLES, MILLE-ISLES, QUÉBEC		J0R 1A0	
Téléphone			
450-438-2958			

IDENTIFICATION DU DOCUMENT DEMANDÉ

(Titre, auteur, sujet, année de publication, etc.)

MODE DE CONSULTATION SOUHAITÉ

Consultation aux bureaux de l'organisme	<input type="checkbox"/>
Ou envoi de copie du document	<input type="checkbox"/>

Date

Signature

À l'usage de l'organisme	A	M	J
Date de réception de la demande	_____		
Date limite de réponse au demandeur	_____		
Date d'envoi de l'accusé de réception	_____		
Date de communication de la décision	_____		
Analyse et décision :			