



Republique Française
COMMUNE D'OFFENDORF

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ARRÊTÉ – DÉMÉNAGEMENT

La demande d'arrêté doit être effectuée 15 jours ouvrés avant l'intervention.

DEMANDEUR

Raison sociale ou NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

N° SIRET (Si entreprise): _____

RESPONSABLE DU DÉMÉNAGEMENT

NOM : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Nature de l'intervention : _____

LIEU DU DEMENAGEMENT

Adresse : _____

Dates précises : du _____ Au _____

Horaires : de _____ À _____

Stationnement interdit

Circulation : Côté pair Côté impair Des 2 côtés Aucun côté

Nombre de place(s) de stationnement souhaité : _____

Longueur du véhicule à stationner : _____

Date de la demande : _____

Signature :