



# OPÉRATION TRANQUILLITÉ VACANCES

Demande N°

## DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Né le :

Adresse (N° - Voie - Lieu-dit) :

Code Postal :

VILLE :

Tél. fixe :

Mobile :

**Période d'absence : du**

**au**

## BIEN À SURVEILLER

ADRESSE (N° - Voie - Lieu-dit - bâtiment) :

CODE POSTAL :

VILLE :

## CARACTÉRISTIQUES DU BIEN

Type :

Etage :

N° porte :

Alarme

Piège

Animaux

Digicode :

## PERSONNE(S) À AVISER *(si différente du demandeur)*

Coordonnées	Contact pendant l'absence	Personne à prévenir en cas d'incident	Personne autorisée à entrer
Nom Prénom			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Tél. Fixe			
Tél. Mobile			
Email			

Nom détenteur de clés :

Nombre de clés : )

## AUTRES PRÉCISIONS

Société de Télésurveillance :

Donne l'autorisation d'entrer ? NON

Adresse : ()

Observations :

Le déclarant certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Il déclare : "Je m'engage à aviser le poste de Police Municipale de tout retour anticipé."

Date :

Signature du demandeur :