

**VOUS POUVEZ REMPLIR CE FORMULAIRE À L'ORDINATEUR AVANT DE L'IMPRIMER OU LE TRANSMETTRE PAR COURRIEL**

RAISON SOCIALE : _____		
NOM DE L'OCCUPANT DE LA RÉSIDENCE : _____	DATE NAISSANCE : _____ (Obligatoire) AAAAA/MM/JJ	
TYPE D'OCCUPATION DU COMMERCE : _____		
N° CIVIQUE : _____	RUE : _____	LOCAL : _____
CODE POSTAL : _____	TÉL. : _____	TÉL. : _____

#### PROPRIÉTAIRE DU COMMERCE OU REPRÉSENTANT DE LA FIRME

NOM ET PRÉNOM : _____		DATE NAISSANCE : _____ AAAA/MM/JJ
N° CIVIQUE : _____	RUE : _____	LOCAL : _____
CODE POSTAL : _____	TÉL. : _____	TÉL. : _____

#### AUTRE PROPRIÉTAIRE SI PLUS D'UN

NOM ET PRÉNOM : _____		DATE NAISSANCE : _____ AAAA/MM/JJ
N° CIVIQUE : _____	RUE : _____	LOCAL : _____
CODE POSTAL : _____	TÉL. : _____	TÉL. : _____

#### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (PAR ORDRE PRIORITAIRE)

1- NOM ET PRÉNOM : _____		DATE NAISSANCE : _____ AAAA/MM/JJ
TÉL. : _____	TÉL. : _____	
2-NOM ET PRÉNOM : _____		DATE NAISSANCE : _____ AAAA/MM/JJ
TÉL. : _____	TÉL. : _____	
3-NOM ET PRÉNOM : _____		DATE NAISSANCE : _____ AAAA/MM/JJ
TÉL. : _____	TÉL. : _____	

#### SYSTÈME D'ALARME

AVEZ-VOUS UN SYSTÈME D'ALARME :  OUI  NON  
 VOTRE SYSTÈME EST-IL :  RELIÉ  SONORE  LES DEUX

Si votre système d'alarme est relié à une compagnie ou une centrale d'alarme, indiquez ci-dessous le nom.  
 (Attention de ne pas inscrire le nom de la compagnie qui a INSTALLÉ votre système d'alarme.)

NOM DE LA CENTRALE D'ALARME : _____		
TÉL. : _____		
GENRE DE PROTECTION : <input type="checkbox"/> CAMBRIOLEUR	<input type="checkbox"/> BOUTON PANIQUE	<input type="checkbox"/> INCENDIE

#### RETOUR DU FORMULAIRE

**PAR LA POSTE OU EN PERSONNE**  
 Service de police  
 Ville de Saint-Eustache  
 144, rue Dorion  
 Saint-Eustache (Québec) J7R 2N7

**PAR TÉLÉCOPIEUR AU : 450 974-5337**  
**PAR COURRIEL UNE FOIS REMPLI**  
 prevention@ville.saint-eustache.qc.ca

Pour des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous au **450 974-5300**