



# FORMULAIRE DE DEMANDE

## RÉNOVATION D’UN BÂTIMENT PRINCIPAL

Espace réservé à l’administration	
No de matricule :	Zonage :
Rive:	Zone inondable :

1. Identification du demandeur		Procuration si le demandeur n’est pas propriétaire <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Nom :	
Adresse :			
Ville :			
Province :		Code postal :	
Tél. (1) :		Tél. (2) :	
Courriel :			
2. Description du projet			
Adresse :			
N° de lot(s) :			
Usage			
<input type="checkbox"/> Résidentiel <input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Industriel <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Autre : _____			
S’agit-il d’un nouvel usage ou de l’ajout d’un usage ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, détails : _____			
Description des travaux			
<input type="checkbox"/> Rénovation intérieure <input type="checkbox"/> Rénovation extérieure			
Nombre de chambre(s) : Actuel _____    Projeté _____		Nombre de logement(s) : Actuel _____    Projeté _____	
Niveau : <input type="checkbox"/> Sous-sol <input type="checkbox"/> Rez-de-chaussée <input type="checkbox"/> Étage <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Pièce(s) touchée(s) par les travaux :			
<input type="checkbox"/> Salon		<input type="checkbox"/> Cuisine	
<input type="checkbox"/> Chambre à coucher		<input type="checkbox"/> Bureau	
<input type="checkbox"/> Salle de bain		<input type="checkbox"/> Salle de lavage	
<input type="checkbox"/> Atelier		<input type="checkbox"/> Salle de jeux	
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____			
Élément(s) touché(s) par les travaux :			
<input type="checkbox"/> Galerie		<input type="checkbox"/> Clôture	
<input type="checkbox"/> Isolation		<input type="checkbox"/> Plomberie	
<input type="checkbox"/> Toiture		<input type="checkbox"/> Électricité :	
<input type="checkbox"/> Revêtement extérieur		<input type="checkbox"/> Mur de soutènement	
<input type="checkbox"/> Revêtement intérieur		<input type="checkbox"/> Mur de fondation	
<input type="checkbox"/> Revêtement de plancher		<input type="checkbox"/> Porte	
<input type="checkbox"/> Fenêtre    Nombre de fenêtre(s) : _____    Ces fenêtres sont-elles dans une ou des chambre(s) à coucher ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Mon projet consiste à :			
Échéancier			
Date de début des travaux :		Date de fin des travaux :	
		Valeur des travaux :	

