# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

## Identification du requérant

| | |
|---|---|
| Prénom et nom : | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Adresse : | | | |
| Téléphone : | (  )  - | Courriel : | |

## Description de l'événement

| | |
|---|---|
| Date et heure de l'événement : | |

| |
|---|
| Description de l'événement : |
| |
| |
| |

| |
|---|
| Description des dommages subis : |
| |
| |
| |

En apposant votre signature ou en transmettant la présente demande par voie électronique, vous attestez que l'information fournie dans le présent formulaire est exacte et véridique. Si vous détenez des assurances, nous vous recommandons d'aviser également votre assureur des dommages subis. Des pièces justificatives peuvent vous être demandées au besoin par la municipalité ou ses assureurs.

## Présentation de la demande

Le formulaire peut être transmis par la poste, en personne ou par courriel.

info@crabtree.quebec | 111, 4e Avenue, Crabtree, J0K 1B0

## Signature du requérant

## Date (AAAA-MM-JJ)

| | |
|---|---|
| | |