

DEMANDE D'AUTORISATION DE FERMETURE TARDIVE EXCEPTIONNELLE

Déclaration à effectuer au moins 15 jours avant la date de l'événement

Je soussigné(é) :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Téléphone :

mail :

Sollicite l'autorisation de laisser mon établissement ouvert jusqu'à : heures

La nuit du au

Motif de la demande :

Nombre approximatif de personnes :

Date et signature :

Cadre réservé à l'administration

