

**1. Renseignements sur l'identité du réclamant**

|                                    |             |        |                 |  |       |
|------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--|-------|
| Nom de famille                     |             | Prénom |                 | Nom de l'entreprise ou organisme (s'il y a lieu) |       |
| Adresse (numéro, rue, appartement) |             |        |                 |  | Ville |
| Province                           | Code postal |        | Courriel        |  |       |
| Téléphone                          | Cellulaire  |        | Autre téléphone |  |       |

**2. Renseignements relatifs à l'événement**

|  |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
| Date de l'événement :  |  | Heure de l'événement : |  |
| Lieu de l'événement :  |  |                        |  |
| Rapport de police : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |                        |  |
| Si oui, indiquer le numéro du rapport : _____  |  |                        |  |
| Détail des dommages ou des blessures subis :   |  |                        |  |
| Décrire l'événement :  |  |                        |  |
| Valeur des dommages :  |  |                        |  |
| En cas de dommages matériels, adresse où les dommages peuvent être constatés (si l'adresse est différente de celle indiquée ci-dessus) : |  |                        |  |
| S'agit-il d'un véhicule automobile ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   |  |                        |  |
| Véhicule : réparé <input type="checkbox"/> non réparé <input type="checkbox"/>   |  |                        |  |
| Marque : _____   |  | Modèle : _____         |  |
| Année : _____  |  | Couleur : _____        |  |
| No d'immatriculation : _____   |  |                        |  |
| Remarques :  |  |                        |  |
| Assureur :   |  |                        |  |
| Témoïn (s) :   |  |                        |  |

**3. Envoi du formulaire**

|   |
|---|
| <p>Retournez ce formulaire dûment rempli et signé à :</p> <p>Service juridique et greffe<br/> Ville de Sainte-Agathe-des-Monts<br/> 50, rue Saint-Joseph<br/> Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 1M9</p> <p>Courriel : <a href="mailto:greffe@vsadm.ca">greffe@vsadm.ca</a></p> |
|---|

4. Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels demandés sont obligatoires et serviront à traiter votre demande de réclamation. La Ville de Sainte-Agathe-des-Monts ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel ou ses mandataires autorisés.

Toute question relativement au traitement de vos renseignements personnels, toute plainte ou toute demande d'accès ou de rectification de ces renseignements est possible en s'adressant au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels de la Ville. L'omission de fournir ces renseignements pourrait entraîner une incapacité de traiter votre demande.

5. Signature

|           |                   |
|-----------|-------------------|
|           |                   |
| Signature | Date (aaaa-mm-jj) |