



## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Réservé à l'administration de la VPC- Service du greffe

Date de la réclamation : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

NOM et PRÉNOM du réclamant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES FAITS :

Date de l'incident : \_\_\_\_\_

Adresse de l'incident : \_\_\_\_\_  Même que réclamant

Le type d'incident :	Dommage à la Propriété	<input type="checkbox"/> Bâtiment	<input type="checkbox"/> Terrain	<input type="checkbox"/> Dégât des eaux
	Dommage au Biens	<input type="checkbox"/> Refoulement	<input type="checkbox"/> Autre (précisez _____)	
	Dommage Corporels	<input type="checkbox"/> Véhicule	<input type="checkbox"/> Boîte aux lettres	<input type="checkbox"/> Lampadaire
		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		
		<input type="checkbox"/> A titre personnel	<input type="checkbox"/> Pour mon enfant	

Circonstances de l'incident : \_\_\_\_\_

Description des dommages \_\_\_\_\_

Montant des dommages réclamés : \_\_\_\_\_ Date d'acquisition du bien : \_\_\_\_\_

Numéro du rapport de police (facultatif) : \_\_\_\_\_

Témoins (nom et numéro de téléphone) (facultatif) : \_\_\_\_\_

Signature du réclamant \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Reçu sous toutes réserves par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Pour être recevable, une réclamation doit être acheminée à la greffière de la Ville dans un délai de quinze (15) jours suivant l'évènement ou l'accident qui a entraîné une blessure ou des dommages.**

### SUIVI DE LA RÉCLAMATION :

Réclamation transmise à:	Date:	Par:	Signature: