

OPÉRATION TRANQUILLITÉ ABSENCE

Police Municipale de Coignières

Période d'absence du _____ au _____ inclus

Résident

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Quartier _____

Ville _____ Téléphone _____

PAVILLON OUI / NON Alarme OUI / NON Portail fermé OUI / NON

APPARTEMENT OUI / NON Code d'accès _____ Étage _____

Véhicule garé + de 7 jours sur la voie publique OUI / NON

Marque _____ Modèle _____ Immatriculation _____

Adresse d'absence _____

Informations complémentaires _____

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Téléphone _____

Personne(s) chargée(s) de visiter les lieux durant l'absence

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Téléphone _____ / _____

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Téléphone _____ / _____

Signature du résident