



Municipalité régionale de comté de Matane  
145, rue Soucy  
Matane (Québec) G4W 2E1

Téléphone : 418-562-6734  
Télécopieur : 418-562-7265  
Courriel : [mrcdematane@mrcdematane.qc.ca](mailto:mrcdematane@mrcdematane.qc.ca)

## DEMANDE DE RENSEIGNEMENT

(S.V.P. écrire en lettres moulées)

Code

(S.V.P. ne pas remplir)

Demande présentée à : \_\_\_\_\_  
(Municipalité visée par la demande)

A. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR			
Nom de famille	Prénom	Entreprise ou organisme (si applicable)	
Adresse complète			
Municipalité	Province	Code postal	Tél. résidence
Courriel			Tél. cellulaire ou bureau
Lieu de la plainte			Télécopieur

B. DESCRIPTION DE LA DEMANDE
Veuillez détailler les renseignements que vous souhaitez obtenir (ajouter des pages au besoin)

C. Déclaration du demandeur	
Je soussigné(e) _____ atteste que : (nom en lettres moulées)	
<ol style="list-style-type: none"><li>J'autorise la MRC de Matane et/ou la municipalité locale dont le territoire est visé par ma demande à prendre connaissance de tous les documents et renseignements requis à l'étude de ma demande.</li><li>J'autorise la MRC de Matane et/ou la municipalité locale dont le territoire est visé par ma demande à me contacter pour obtenir davantage de renseignements et pour exercer le suivi approprié.</li><li>J'autorise la MRC de Matane et/ou la municipalité locale dont le territoire est visé par ma demande à partager l'information contenue sur ce formulaire avec les gouvernements du Canada et du Québec y compris leurs ministères, organismes, sociétés d'État et mandataires.</li></ol>	
_____ (Date)	_____ (Signature du demandeur)

\*\*\* Section de la MRC ou de la municipalité (S.V.P. ne pas remplir)

D. SUIVI DE LA MRC OU DE LA MUNICIPALITÉ
Décrire le suivi réalisé