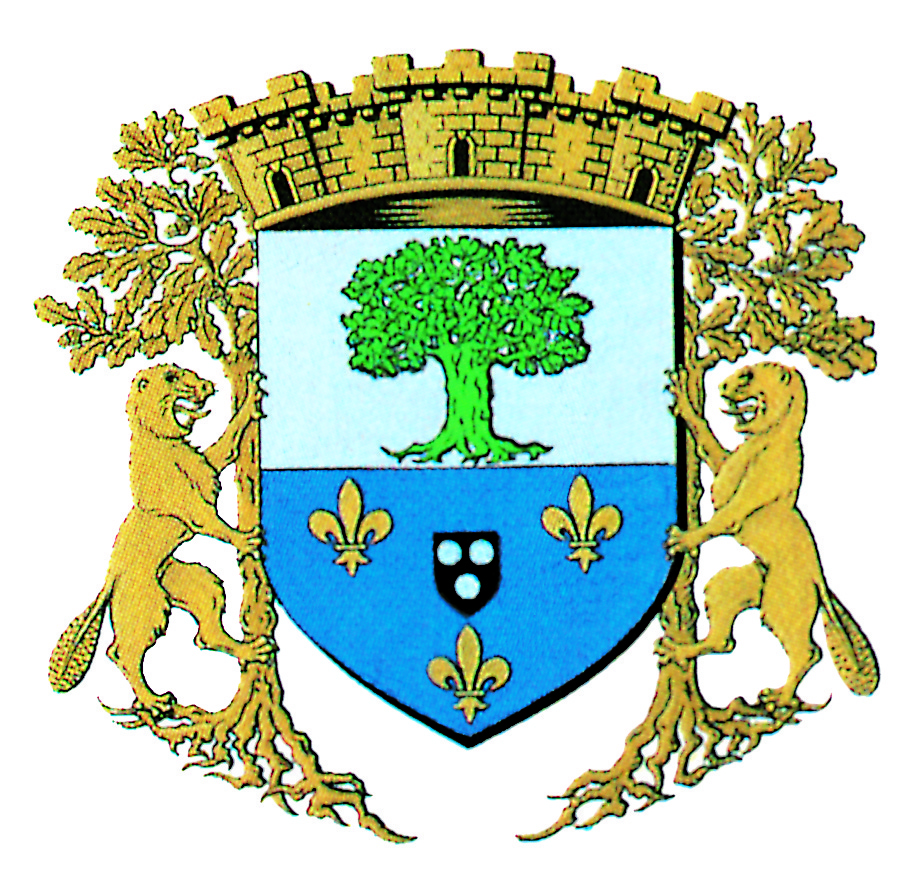
****

Pôle Population

Service Vie Associative

Mairie de Verrières-le-Buisson

Tél. 01 69 53 78 07

vieassociative@verrieres-le-buisson.fr

Autorisation

**AFFICHAGE LIBRE TEMPORAIRE**

sur le domaine public

Hôtel de Ville

Place Charles de Gaulle

**Verrières-le-Buisson**

**DEMANDE**

**Objet de la manifestation**

**Date de la demande**

**NOM**

**Prénom**

**Entreprise / Association**

**Adresse complète**

**Portable**

**Téléphone**

**Courriel**

**Nombre d'affiches**

**Emplacements**

**Format**

**Support**

**Si autre précisez**

**Nombre de calicots**

**Emplacements**

**Date d'affichage**

**Date de la manifestation**

**Date ultime de retrait**

**Affichage lié à une activité économique**

**DÉCISION (réservé à l’administration)**

**Date de la décision Décision de la commune**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Accordée 🞏 Refusée

***Remarques ou demandes complémentaires***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le …………………………… La Directrice Générale des Services,**

**Signature du demandeur,**

**Sabine CHALET**