

|  |
| --- |
|  **DEMANDE D'ACCES STATION A TITRE EXCEPTIONNEL ET TEMPORAIRE** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  ***(hors livraisons commerces, accès PMR et urgences médicales, dépose et retrait de bagages résidents, limité à 30 mn)*** |
|  Le : |  |  |  |  |  |  |
|  **DEMANDEUR : SYNDIC / HEBERGEUR Professionnel /COMMERCE / PRESTATAIRE** |   |   |
|  **Société - Commerce** |   |  **Nom du responsable** |  **Signature** |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **BENEFICIAIRE: Société - Nom du bénéficiaire** |  **Véhicule - modèle** |  **Immatriculation** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **MOTIF : Nature - Lieu d'intervention** |  **DUREE DE L'INTERVENTION** |  |  |
|   |   |   |  **Date (jour/mois)** |  | **de**  | **à**  |
|   |  |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |
|   |  |   | **Heure** |  | **de**  | **à**  |
|   |  |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **Accord et signature du Président ASCAPE:** |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  | le:  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **POSTE PRINCIPAL DE SECURITE - CAP ESTEREL** |
|  |  **Tél: 04 94 54 66 45** |   |
|  |  **Mail : securite.capesterel@pressur.fr** |
|  |   |   |   |