DEMANDE D'ACCÈS AUX DOCUMENTS

COORDONNÉES DU DEMANDEUR			
❑ Monsieur ❑ Madame	Nom	Prénom	
Nom de l'entreprise		Courriel	
Adresse (No, rue, ville)		No appart.	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (autre)	Date	

OBJET DE LA DEMANDE

FAIRE PARVENIR À
Responsable substitut de l'accès aux documents Arrondissement de Saint-Léonard Division du greffe 8400, boulevard Lacordaire Saint-Léonard (Québec) H1R 3B1 Télécopieur : 514 328-8479 accesdocstleonard@ville.montreal.qc.ca