

DEMANDE D'ARRETE D'ALIGNEMENT

DEMANDE D'AUTORISATION D'ACCES

Agence départementale du Pays de Saint-Malo
26 Bis Rue Raphaël de Folligné
35350 LA GOUESNIERE
Tél. : 02.99.02.45.00
Fax : 02.99.02.45.67

DEMANDEUR	POUR LE COMPTE DE (à remplir si nécessaire)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél:	Tél:
Fax :	Fax :
Mail :	Mail :

AGGLOMERATION

HORS AGGLOMERATION

Si agglomération avis de Monsieur ou Madame Le Maire de la commune concernée

LOCALISATION DE LA DEMANDE

Commune : RD :

N° Rue : ou lieu dit :

Section:..... Cadasté sous le n° :

NB : La présente demande devra être accompagnée d'un **plan de situation** permettant de situer la parcelle par rapport à la Route Départementale et d'un **plan de masse** au 1/500 ou 1/200 (extrait cadastral)

L'emplacement de l'alignement demandé ou l'accès souhaité devra être positionné sur ce plan.

DECLARATION ETABLIE LE : SIGNATURE :