



Routes de Guadeloupe

DEMANDE D'ARRÊTÉ DE CIRCULATION

BÉNÉFICIAIRE ⁽¹⁾

DEMANDEUR *(si différent du Bénéficiaire)* ⁽¹⁾

Nom, Prénom ou Raison sociale:

Adresse : _____

Tél. fixe : _____

Tél. mobile : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Nom, Prénom ou Raison sociale:

Adresse : _____

Tél. fixe : _____

Tél. mobile : _____

Fax : _____

E-mail : _____

LOCALISATION DU PROJET

Route (RN/RD, N°) : _____ PR début _____ + _____ PR fin _____ + _____

Commune : _____ Code Postal : _____

Adresse (voie, rue, lieu dit...): _____

Référence cadastrale : _____ Section : _____ Numéro : _____

DESCRIPTION

DESCRIPTION SOMMAIRE DES TRAVAUX :

DURÉE DES TRAVAUX :

Date de démarrage des travaux : _____ Durée : _____ j

TYPE DE RÉGLEMENTATION DE LA CIRCULATION :

- Limitation de vitesse : Non Oui, _____ Km/h
- Circulation alternée par : Feux tricolores Manuellement
- Déviation Non Oui, par : _____
- Autre (*préciser*) : _____

Pièces à fournir : Plans représentant clairement l'emplacement des travaux et la réglementation envisagés

(1) Champ obligatoire

Compléter et envoyer 3 semaines minimum avant le début des travaux à :
(Joindre, le cas échéant, à la demande de permission de voirie)

Routes de Guadeloupe - B.P. 2126 97194 Jarry cedex
Téléphone : 05 90 38 07 07 - Télécopie : 05 90 38 07 09 - contact@routesdeguaadeloupe.fr