



MUNICIPALITÉ DE  
SAINT-AMBROISE-DE-KILDARE

850, rue Principale, Saint-Ambroise-de-Kildare (Québec) J0K 1C0

## CHANGEMENT D'ADRESSE DE CORRESPONDANCE

### IDENTIFICATION DE L'UNITÉ D'ÉVALUATION

ADRESSE : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

U \* uk@yO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM ET PRÉNOM DES PROPRIÉTAIRES CONCERNÉS \_\_\_\_\_

ADRESSE : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

LE DEMANDEUR EST  Propriétaire  Copropriétaire

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

### NOUVELLE ADRESSE POSTALE

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### EST-CE QUE LE CHANGEMENT AFFECTE D'AUTRES DOSSIERS? SI OUI, LE OU LESQUELS :

AUTRE MATRICULE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

AUTRE MATRICULE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

AUTRE MATRICULE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À [INFO@SAINTAMBROISE.CA](mailto:info@saintambroise.ca)

En apposant ma signature, j'atteste que les renseignements fournis en lien avec le changement de mon adresse de correspondance sont exacts, complets et véridiques.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_