



## OPÉRATION TRANQUILLITÉ VACANCES

Nom (lettres capitales) : ..... Prénom : .....

Adresse précise : .....

Étage : ..... N° de porte : ..... Digicode : ..... Téléphone : .....

Existence d'un système d'alarme ? :  OUI  NON

PÉRIODE D'ABSENCE

Du : ..... Au : .....

Êtes-vous joignable pendant votre absence ? :  OUI  NON

Si oui, coordonnées du lieu de vacances : .....

..... Téléphone : .....

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE PROBLÈME

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Possède-t-elle les clefs ? :  OUI  NON

INDICATIONS COMPLÉMENTAIRES (si nécessaire) :

.....

- Le déclarant certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et déclare s'engager à informer la police municipale en cas de retour anticipé ou de modification.
- Le service OTV n'est valable que pour une période de 5 semaines par an et par habitation.

**Date :**

**Signature du demandeur :**

**À envoyer ou à déposer avant de partir en vacances :**

<p><b>Hôtel de Ville</b> Place Charles de Gaulle 94440 VILLECRESNES Tél : 01 45 10 39 00</p>	<p><b>Police Municipale</b> 49 rue du Lieutenant Dagorno 94440 VILLECRESNES Tél : 01 56 32 20 83</p>
--	--

