



DEMANDE D'ARRETE DE CIRCULATION

						<i>En date du</i>
ADRESSE DES TRAVAUX						
LE PETITIONNAIRE (nom de l'entreprise effectuant les travaux)						
Adresse (du pétitionnaire)						
Tél./FAX						
Mail						
Travaux pour le compte de (Nom)						
DATES ET DUREE DES TRAVAUX						
NATURE ET DESCRIPTION DE LA DEMANDE						
Prescriptions techniques						
	Horaires de chantier				TRAVAUX DE NUIT	
	Passage VL et PL				STATIONNEMENT INTERDIT + Panneaux	
Installation						
	Echafaudage (dimensions)				Benne (en m3)	
	Camion (tonnage)					
Joindre: plan de situation et le cas échéant autorisation d'urbanisme						
Formulaire renseigné à envoyer à l'adresse suivante: dst@ville-marignane.fr						