



**MUNICIPALITÉ DE STANSTEAD-EST**  
7015 route 143, Stanstead-Est (QC) J0B 3E0  
Tél : 819-876-7292 Fax : 819-876-7170

**DEMANDE DE PERMIS DE RÉNOVATION OU RÉPARATION**  
**(Sans agrandissement. Voir exemptions de permis)**

---

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse des travaux : \_\_\_\_\_

Adresse de domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone: Rés. : \_\_\_\_\_ /Travail : \_\_\_\_\_ /Cell : \_\_\_\_\_

Courriel/E-mail : \_\_\_\_\_

**Nature des travaux**

---

---

---

---

---

*(Veuillez ajouter un plan si vous modifiez l'emplacement, ajoutez ou retirez des fenêtres, portes ou lucarnes, ou pour l'ajout ou modification de galeries).*

Valeur des travaux (avant taxes) : \_\_\_\_\_

Nombre de chambres aménagées actuelles : \_\_\_\_\_

Ajout de chambres : oui ☐, non ☐, nombre ajouté : \_\_\_\_\_

Modifications aux murs intérieurs : oui ☐, non ☐, pièces touchées : \_\_\_\_\_



---

Travaux effectués par propriétaire: ☐ ou entrepreneur: ☐

Coordonnées de l'entrepreneur :

Nom : \_\_\_\_\_

Compagnie : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_

Numéro RBQ : \_\_\_\_\_

---

Date prévue du début des travaux: \_\_\_\_\_

Date prévue de fin des travaux: \_\_\_\_\_

*NB : D'autres documents peuvent être nécessaires selon le cas*

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ AVOIR EN MAIN VOTRE PERMIS  
AVANT DE DÉBUTER LES TRAVAUX.**

---

**SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE / DEMANDEUR**

---

**DATE**