

**DEMANDE D'INTERVENTION DES SERVICES TECHNIQUES MUNICIPAUX DE LA
 COMMUNE DE GRISOLLES**

| | |
|---|--|
| SERVICE OU ASSOCIATION DEMANDEUR | |
| NOM REFERENT ET SIGNATURE | |
| TELEPHONE DU REFERENT | |
| DATE DE LA DEMANDE | |
| LIEUX DE L'INTERVENTION | |
| DESCRIPTION DES INTERVENTIONS / TRAVAUX DEMANDES | |
| TYPE D'INTERVENTION / DE TRAVAUX | <input type="checkbox"/> Entretien courant <input type="checkbox"/> Travaux spécifiques |

| CADRE RESERVE AUX SERVICES TECHNIQUES | |
|--|---------|
| VALIDATION Par les services techniques | OUI/NON |
| Semaine prévisionnelle de réalisation de l'intervention ou et des travaux | |
| Personnels affectés | |
| Date (heures) effective de l'intervention et des travaux | |
| Montant des travaux (s'il y a lieu) | |

Le Maire (ou son représentant)
 Serge CASTELLA

Le Président de l'association (ou son représentant)