Sécurité publique Québec

DEMANDE D'AUTORISATION EXCEPTIONNELLE D'EXERCER UNE ACTIVITÉ IMPLIQUANT DES ARMES À FEU SUR LES LIEUX D'UNE INSTITUTION DÉSIGNÉE

INFORMATION SUR LE DEMANDEUR

Nom

Prénom

N° de téléphone

Nom de l'entreprise pour laquelle la demande est effectuée

N° de téléphone (en tout temps)

Numéro d'entreprise au Québec (NEQ)

Adresse du demandeur

INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ

Nom de l'institution désignée où se déroulera l'activité

Adresse de l'institution désignée

Description détaillée de l'activité

Description des armes à feu et du type de munition qui seront utilisés

Raisons de l'utilisation des armes à feu sur les lieux d'une institution désignée

Description des mesures de sécurité qui seront prises pour assurer la protection du public durant l'activité

Autre information jugée pertinente à votre demande

Date de l'activité

Date de début	Date de fin

Horaire détaillé (heures)

	De	à
Jour 1		
Jour 2		
Jour 3		
Jour 4		
Jour 5		
Jour 6		
Jour 7		

DÉTAILS DE L'HORAIRE SI PLUS D'UNE SEMAINE

Avez-vous informé le corps de police du territoire où se déroulera l'activité?

Oui ☐ Non ☐ Si oui :

Nom de la personne jointe : _____

N° de téléphone : _____

Avez-vous obtenu l'autorisation de l'institution désignée pour l'activité visée?

Oui ☐ Non ☐ Si oui :

Nom de la personne jointe : _____

N° de téléphone : _____

Signature du demandeur