

---

## DEMANDE D'AUTORISATION D'OUVERTURE TARDIVE EXCEPTIONNELLE

**Déclaration à effectuer 15 jours au moins avant la date de l'événement**

---

Je soussigné(e) : M. Mme

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

CP :

Téléphone :

Mail :

Sollicite l'autorisation de laisser mon établissement ouvert jusqu'à : Heures

La nuit du au

Motif de la demande:

Nombre approximatif de personnes :

Date et signature