



**LA MUNICIPALITÉ DU  
CANTON DE STANSTEAD**

778, chemin Sheldon (Fitch Bay)  
Canton de Stanstead (Québec) J1X 3W4  
Tél.: (819)-876-2948  
Télec.: (819)-876-7007  
info@cantonstanstead.ca  
www.cantonstanstead.ca

**CERTIFICAT D'AUTORISATION  
POUR SYSTÈME DE TRAITEMENT  
DES EAUX USÉES  
(INSTALLATION SEPTIQUE)**

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
ADRESSE DE LA PROPRIÉTÉ NUMÉRO DU LOT	
MATRICULE SI CONNU	
COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE  <b>NOM :</b>	ADRESSE : _____ _____ TÉLÉPHONE : _____ CELL. : _____
SI VOUS N'ÊTES PAS LE PROPRIÉTAIRE VEUILLEZ INSCRIRE VOS COORDONNÉES  <b>NOM :</b>	ADRESSE : _____ _____ TÉLÉPHONE : _____ CELL. : _____
EST-CE UN EMPLACEMENT PRÈS D'UN COURS D'EAU, ZONE HUMIDE OU BANDE RIVERAINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>À COMPLÉTER PAR LA MUNICIPALITÉ</b>	<b>ZONE :</b>
<b>ZONE DU PIIA</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON TYPE 1 2 3

DESCRIPTION DU PROJET	
TYPE D'INSTALLATION :	
NOMBRE DE CHAMBRES :	
UTILISATION SAISONNIÈRE OU ANNUELLE :	
COÛT DES TRAVAUX : \$	
DATE PRÉVUE DES TRAVAUX :	FIN PRÉVUE:
INFORMATIONS SUR L'ENTREPRENEUR	
NOM DE L'ENTREPRISE :	
NOM DU RESPONSABLE:	
ADRESSE :	
TÉLÉPHONE :	
LICENCE RBQ :	
RESPONSABLE DES TRAVAUX :	

DOCUMENTS REQUIS POUR L'OBTENTION DU PERMIS OU CERTIFICAT	REMIS
TEST DE PERCOLATION	

Le requérant déclare l'exactitude des renseignements inscrits.

**Signature du requérant :** \_\_\_\_\_

Une période de 30 jours peut-être requise pour émettre le permis à partir du moment où votre demande est complétée.