

Application de Coupe de Route

Date de l'application :	RC Permis # :
	<small>**Utilisation interne seulement**</small>

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Nom du demandeur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Personne contact : _____

Compagnie : _____

OBJET DE LA DEMANDE

Description du travail proposé :

Personne contact pour le paiement : Détenteur du permis Contracteur

DÉTAILS DES TRAVAUX ET TAILLE (M2) (TAILLE DE LA COUPE REQUISE DANS LA CHAUSSÉE UNIQUEMENT)

A) PREMIER EMPLACEMENT POUR LA COUPE DE ROUTE

Date de début : _____ **Date de fin :** _____

(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Ces travaux nécessiteront-ils une dérogation aux heures de pointe?
Heures de pointe (AM) - 7h00 à 9h00 ou Heures de pointe (PM) - 15h00 à 18h00

Non Oui Sélectionner la période appropriée : AM PM AM et PM

Les travaux se dérouleront :

Rue : _____ Taille : _____ m²

Trottoir : _____

Autre : _____

****Si autre, veuillez le préciser dans la section « Description du travail proposé. »**

B) SECOND EMPLACEMENT POUR COUPE DE ROUTE (si applicable)

Date de début : _____ **Date de fin :** _____

(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Ces travaux nécessiteront-ils une dérogation aux heures de pointe?
Heures de pointe (AM) - 7h00 à 9h00 ou Heures de pointe (PM) - 15h00 à 18h00

Non Oui Sélectionner la période appropriée : AM PM AM et PM

Les travaux se dérouleront :

Rue : _____ Taille : _____ m²

Trottoir : _____

Autre : _____

****Si autre, veuillez le préciser dans la section « Description du travail proposé. »**

DÉTENTEUR DU PERMIS		<input type="checkbox"/> Même que le demandeur
Nom :	_____	
Prénom :	_____	
Compagnie :	_____	
Adresse :	_____	
Ville :	_____	
Province, Code postal :	_____	
Courriel :	_____	
Cellulaire :	_____	
Information sur le consultant (si applicable) : _____		

CONTRACTEUR		<input type="checkbox"/> Même que le détenteur
Nom :	_____	
Prénom :	_____	
Compagnie :	_____	
Adresse :	_____	
Ville :	_____	
Province, Code postal :	_____	
Courriel :	_____	
Cellulaire :	_____	
Contact d'urgence 24 heures sur 24 : _____		

APPROBATIONS, ACCORDS ET CONSENTEMENTS	
Veuillez cocher les cases correspondantes, indiquer les numéros de référence et joindre toutes les pièces justificatives.	
<input type="checkbox"/> Contract municipale/CTY # :	_____
<input type="checkbox"/> Demande de développement # :	_____
<input type="checkbox"/> Consentement municipal :	_____
<input type="checkbox"/> Application pour permis de construction :	_____
<input type="checkbox"/> Autre :	_____

Responsable du projet, planificateur, ou nom et contact de l'organisme d'approbation :	
Signature :	_____
Date :	_____

GESTION DE LA CIRCULATION	
Pour toute question relative à la gestion du trafic, veuillez contacter	
<input type="checkbox"/> Titulaire du permis	<input type="checkbox"/> Contracteur <input type="checkbox"/> Autre

FERMETURE DES VOIES	
Nom de la rue :	_____
Direction-voie requise (# de voie) _____	Voie existante (# voie) _____
Nom de la rue :	_____
Direction-voie requise (# de voie) _____	Voie existante (# voie) _____
Raison de la fermeture :	

Selon la disposition du trafic utilisée tel que décrit dans le Manuel de la circulation du gouvernement de l'Ontario (Livre 7) :		
Ce travail fermera-t-il une voie cyclable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ces travaux nécessiteront-ils la fermeture d'un trottoir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ces travaux se dérouleront-ils à moins de 30 m d'une intersection signalée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ces travaux nécessiteront-ils une fermeture de route ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

FRAIS DE SERVICE PROFESSIONNEL

Frais d'inspection : \$425 / jour

**** Les frais ne comprennent pas les services de "testing". Toute demande de "testing" supplémentaire sera facturée à l'applicant****** Sujet d'être modifié en fonction de la nature du projet ******DÉCLARATION DE APPLICANT**

Je _____ reconnais que le détenteur du permis, ainsi que toute personne travaillant en son nom, est soumis au règlement sur les activités routières n° 2003-445, tel que modifié, et aux conditions du permis de terrassement. Je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande, les annexes ci-jointes, les plans et devis ci-joints et les autres documents joints sont, à ma connaissance, exacts et que j'ai le pouvoir de représenté le détenteur du permis de la présente demande.

Nom imprimé_____
Titre_____
Signature_____
Date**Veillez envoyer le formulaire par courrier ou par voie électronique à l'adresse suivante :**tp-pw@hawkesbury.ca

**Noter que le permis de Coupe de route est valide seulement un an à partir de la date d'échéance. Après cette date, un nouveau permis doit être demandé, ceci inclut également les frais applicables pour l'émission d'un permis.

.....

de permis : _____

Date de l'émission du permis : _____

***** Utilisation interne seulement *****

Modifications des plans reçu et approuvé : _____

Permis de Coupe de route émis par : _____

Document « tel que construit » reçu : Oui NonLe demandeur a acquitté de tous les frais associés : Oui Non**Visite et conformité du travail ci-mentionné**

Le site tel que décrit dans l'application a été visité par un représentant des travaux publics avant le début prévu des travaux demandés dans cette demande.

 Oui Non Date de la visite : _____

Nom du représentant des travaux publics : _____

Le site tel que décrit dans l'application a été visité par un représentant des travaux publics après les travaux tel que mentionnées dans cette demande.

 Oui Non Date de la visite : _____

Nom du représentant des travaux publics : _____

Le site a été visité un (1) an après les travaux terminés.

 Oui Non Date de la visite : _____

Nom du représentant des travaux publics : _____

Toutes les exigences et les vérifications ont été faites et sont conformes avec les normes en place.
Le dossier attribué au numéro de permis de cette demande est maintenant considéré complété.

Nom du gestionnaire des Travaux publics

Date