

**ACTION COLLECTIVE CONTRE LA VILLE DE GATINEAU CONCERNANT
UNE MANIFESTATION TENUE LE 18 AVRIL 2022**

DANS LE DOSSIER 550-06-000027-129

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉCLAMANT OU LA RÉCLAMANTE

Nom : _____

Si vous agissez à titre de liquidateur (trice) d'une succession ou de mandataire pour un majeur inapte, veuillez indiquer le nom du ou de la membre:

Adresse actuelle : _____

Ville : _____

Code postal : _____ Province : _____

Téléphone (1) : _____ Téléphone (2) : _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance : _____

RÉCLAMATIONS

L'affirmations ci-dessous correspondre à votre situation :

« J'ai été **arrêté et j'ai reçu un constat d'infraction** par le Service de police de la Ville de Gatineau le **18 avril 2012**, à la Promenade du Lac-des-Fées à Gatineau »

RÉCLAMATION POUR UN MAJEUR INAPTE OU DÉCÉDÉ

Réclamant(e) pour une personne majeure inapte

À titre de tuteur ou de curateur, je joins une copie du document suivant attestant mon statut de tuteur ou de curateur : _____

À titre de tuteur ou de curateur, j'atteste avoir identifié les affirmations qui s'appliquent à la situation personnelle de la personne majeure inapte identifiée ci-dessus au meilleur de mes connaissances.

Signature : _____

Réclamant(e) pour une personne majeure décédée

J'agis aux présentes à titre de liquidateur de la succession de _____.

(Joindre le certificat de décès et une copie du dernier testament et/ou une preuve que le/la réclamant(e) agi comme liquidateur.)

Date de naissance de la personne décédée : _____

À titre de liquidateur, j'atteste avoir identifié les affirmations qui s'appliquent à la situation personnelle de la personne décédée ci-dessus au meilleur de mes connaissances.

Signature : _____

SIGNATURE

Moi, _____ (nom), confirme que les informations inscrites au présent formulaire sont vraies au meilleur de mes connaissances. Je reconnais que l'Administrateur des réclamations procédera à une vérification des constats d'infraction émis par le SPVG afin de confirmer ma qualité de membre de l'action collective. Je reconnais également que tout paiement fait sur la foi d'informations erronées pourra donner lieu à une demande de remboursement des indemnités versées par l'Administrateur des réclamations.

Signé à _____, ce _____

(Signature)