

DEMANDE D'ARRETE DE CIRCULATION

Nom / Prénom .....

Nom Entreprise : .....

Adresse .....

Téléphone .....

Email (obligatoire) : .....

Adresse précise des travaux :

.....  
.....

Dates des travaux : du ...../...../.....

Au ...../...../.....

Nature des travaux :

.....  
.....  
.....  
.....

Travaux sur demi chaussée : oui / non

Circulation alternée : oui / non

Par feux tricolores : oui / non

Manuellement : oui / non

Route barrée : oui / non

Déviation prévue : oui / non

Nombre de places de stationnement demandées : .....

Fait le .....

Signature :



- *Les demandes d'arrêté de circulation doivent parvenir au service police municipale / réglementation **au minimum 15 jours** avant la date des travaux  
A l'adresse suivante : [reglementation@ville-de-rives.fr](mailto:reglementation@ville-de-rives.fr)*
- *Cette demande ne tient pas lieu d'autorisation.*
- *Toute demande incomplète, illisible ou tardive ne pourra pas être traitée.*