



# Autorisation pour les exploitants sous-traitants (2017-2018)

(1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018)

Afin de faciliter le contrôle des exploitants autorisés à extraire du sable et du gravier dans les sites de substance minérale de surface, nous demandons aux titulaires de baux exclusif et non exclusif d'identifier les sous-traitants autorisés à exploiter sous leurs baux.

Advenant l'ajout d'un sous-traitant au cours de la période d'exploitation, nous vous invitons à nous contacter aux coordonnées en bas de page.

## SECTION 1 IDENTIFICATION

### 1.1 IDENTIFICATION DU TITULAIRE DU TITRE D'EXPLOITATION

<input type="checkbox"/> ENTREPRISE	Nom de l'entreprise	N° matricule	N° d'intervenant
<hr/>			
<b>OU</b>			
<input type="checkbox"/> PARTICULIER	Nom	Prénom	N° d'intervenant
<hr/>			
Adresse (numéro, rue, route rurale ou case postale)		App.	Ville, village ou municipalité
<hr/>			
Province	Pays	Code postal	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	
N° du Bail :		N° des sites d'extraction :	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

## SECTION 2 SOUS-TRAITANTS AUTORISÉS À EXPLOITER EN VERTUS DU BAIL APPARTENANT AU TITULAIRE

### 2.1 SOUS-TRAITANT N° 1

<input type="checkbox"/> ENTREPRISE	Nom de l'entreprise	N° matricule	N° d'intervenant
<hr/>			
<b>OU</b>			
<input type="checkbox"/> PARTICULIER	Nom	Prénom	N° d'intervenant
<hr/>			
Adresse (numéro, rue, route rurale ou case postale)		App.	Ville, village ou municipalité
<hr/>			
Province	Pays	Code postal	Durée du contrat de sous-traitance/ Période et volumes prévus
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

### 2.2 SOUS-TRAITANT N° 2

<input type="checkbox"/> ENTREPRISE	Nom de l'entreprise	N° matricule	N° d'intervenant
<hr/>			
<b>OU</b>			
<input type="checkbox"/> PARTICULIER	Nom	Prénom	N° d'intervenant
<hr/>			
Adresse (numéro, rue, route rurale ou case postale)		App.	Ville, village ou municipalité
<hr/>			
Province	Pays	Code postal	Durée du contrat de sous-traitance/ Période et volumes prévus
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

## SECTION 3 DÉCLARATION

Nous déclarons être responsable des conditions du bail pour les sous-traitants indiqués si dessus.

Nom du signataire (en lettres moulées)	Prénom du signataire (en lettres moulées)	N° du bail	N° de téléphone	Poste
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Je déclare que tous les renseignements fournis sur le formulaire sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
DATE SIGNATURE

**Le sous-traitant se doit de détenir une copie de l'autorisation en tout temps.**

Adresse de retour : Municipalité Régionale de Comté d'Abitibi  
571, 1<sup>re</sup> Rue Est  
Amos, Québec  
J9T 2H3

Téléphone : 819-732-5356  
Télécopieur : 819-732-9607