

**Demande de carte de stationnement pour médecin  
ou personnel soignant à domicile**

**2023-2024**

**A remplir par le demandeur :**

Je soussigné(e) .....

Tél : .....

Demeurant à :

rue .....

Code postal..... Ville .....

Je travaille dans une zone bleue et sollicite auprès de l'Administration communale de Tubize une carte de stationnement pour un montant de 100,00€ avec une validité d'un an à partir de ce jour et pour mon véhicule immatriculé :

N° plaque : .....

La carte de stationnement est valable dans toute la zone bleue de Tubize.

**Cette carte doit être placée derrière le pare-brise.**

Date : .....

Signature :

---