

**DEMANDE D'AUTORISATION POUR OUVERTURE JUSQU'À 22H00 7 JOURS SUR 7  
MAGASIN DE TABAC ET JOURNAUX**

Enseigne du magasin de tabac et journaux : .....

Adresse du magasin : .....

Responsable du magasin : .....

Adresse du responsable du magasin : .....

.....

Raison de commerce (si inscrit au registre du commerce) : .....

Téléphone (natel) du responsable du magasin : .....

Adresse postale du magasin (si différente de celle du magasin) : .....

.....

Surface de vente du magasin (anticipation comprise) : .....

Horaires envisagés, avec jour(s) de fermeture éventuel(s) : .....

.....

Assortiment (cas échéant, joindre une liste en annexe) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par sa signature, le responsable du magasin atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts. Des réponses non conformes à la vérité entraîneraient le retrait immédiat de l'autorisation, ainsi que d'éventuelles sanctions.

Le responsable du magasin s'engage à ne pas exploiter son magasin en soirée avant d'en avoir reçu l'autorisation de la part de la police du commerce et à annoncer spontanément toute modification des éléments figurant ci-dessus.

Lieu et date

Signature

.....

.....