

POUR VOTER À VOTRE CHAMBRE OU À VOTRE DOMICILE
FORMULAIRE À TRANSMETTRE AU PLUS TARD LE 16 OCTOBRE 2025 À 18 H

1. Renseignements généraux

Prénom		Nom à la naissance	
Sexe		Date de naissance (année, mois, jour)	
F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Nom et adresse du centre			
Nom du centre			
Adresse	Code postal	Ind. rég.	Numéro de téléphone
Je demeure à cet endroit depuis le _____ de façon			
<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaire			

2. Pour voter à votre chambre ou à votre domicile

Je demande à voter à ma chambre ou à mon domicile parce que je suis incapable de me déplacer pour des raisons de santé

IMPORTANT - Si vous n'êtes pas inscrite ou inscrit sur la liste électorale à l'adresse de votre domicile ou de l'établissement de santé reconnu, veuillez remplir la section 3, ci-dessous, et joindre les documents requis à votre demande

3. Pour vous inscrire sur la liste électorale ou pour modifier votre inscription

Je demande que mon nom **soit inscrit** sur la liste électorale.

N'oubliez pas de joindre une photocopie de **deux documents** qui contiennent :

1. Votre nom et votre date de naissance (certificat de naissance, carte d'assurance maladie, certificat de citoyenneté, etc.) ;
2. Votre nom et l'adresse de l'établissement de santé reconnu ou de votre domicile (attestation du centre, permis de conduire, facture de téléphone ou d'électricité, etc.)

Vous devez également fournir l'adresse de votre domicile précédent

N°	Rue, avenue...	App.
Municipalité		Code postal

Je demande que mon nom **soit radié** de la liste électorale

Je demande que mon inscription sur la liste électorale **soit corrigée** de la façon suivante :

4. Signature

Je déclare avoir la qualité d'électrice ou d'électeur et, qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques.

Signature _____ Date _____

**TO VOTE IN YOUR ROOM OR AT HOME
FORM TO BE SUBMITTED BY 6 PM ON OCTOBER 16, 2025**

1. GENERAL INFORMATION

Given name		Last name (of birth)	
Gender F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Date of birth (years, month, year)	
Name of recognized health care facility			
Address		Postal code	Telephone number
I have been living there since _____ <input type="checkbox"/> Permanently <input type="checkbox"/> Temporarily			

2. TO VOTE IN YOUR ROOM OR DOMICILE

I am applying to vote in my room or domicile because I cannot move about for health reasons

Important: If you are not entered on the list of electors at your domiciliary address or the recognized health care facility address, please complete section 3 below and attach the required documents to your application

3. TO ENTER OR MODIFY YOUR ENTRY ON THE LIST OF ELECTORS

I request that my name be entered on the list of electors (entry or change of address)

Don't forget to attach a photocopy of two documents that contain:

- Your name and your date of birth (birth certificate, health insurance card, passport, etc.); and
- Your name and the address of the recognized health care facility or domicile (attestation from the facility, driver's licence, telephone or electricity bill, etc.)

You must also provide your previous domiciliary address

N°	Street	Apartment
Municipality		Postal code

I request that my name be removed from the list of electors.

I request that my entry on the list of electors be corrected as follows:

4. SIGNATURE

I declare that I am an elector of the municipality and have provided, to the best of my knowledge, true information.

Signature _____ Date _____