**COUR MUNICIPALE RÉGIONALE**

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE** |

**Constat n°**       ou Dossier **n°**

**[ ]**  **DÉFENDEUR**  Nom :

**OU**

**[ ]  TÉMOIN** Nom :

Nouvelle adresse :

Numéro de téléphone :       Courriel :

Date :       Signature :

Le formulaire de changement d'adresse doit être transmis à la **Cour municipale régionale de Maskinongé** par courriel à cour.municipale@mrc-maskinonge.qc.ca, par la poste au 651, boul. Saint-Laurent Est, Louiseville (Québec), J5V 1J1 ou par télécopieur au 819-228-2193. Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec nous au 819-228-9461. *(Heures d’ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h à 16h30)*