

DEMANDE DE VOTE PAR CORRESPONDANCE

RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE QUI DEMANDE DE VOTER PAR CORRESPONDANCE

Prénom		Nom de famille	
Adresse du domicile			
Municipalité			
Code postal		Date de naissance	
Téléphone		Cellulaire	
Adresse courriel			

CONDITION QUI JUSTIFIE LA DEMANDE DE VOTE PAR CORRESPONDANCE

- Je suis un électeur domicilié dans un centre hospitalier, un CHSLD ou une résidence privée pour aînée reconnue par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- Je suis un électeur domicilié incapable de me déplacer pour des raisons de santé.
- Je suis un proche aidant domicilié à la même adresse qu'une personne incapable de se déplacer pour des raisons de santé.
- Je suis un électeur domicilié âgé de 70 ans ou plus au 7 novembre 2021.
- Je suis un électeur non domicilié sur le territoire de la Municipalité de Repentigny.

Je suis un électeur domicilié et dont l'isolement est recommandé ou ordonné par les autorités de santé publique en raison de la pandémie pour une des raisons suivantes :

- Je suis de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours.
- J'ai reçu un diagnostic de la COVID-19 et je suis toujours considéré comme porteur de la maladie.
- Je présente des symptômes de la COVID-19.
- J'ai été en contact avec un cas soupçonné, probable ou confirmé de la COVID-19 depuis moins de 14 jours.
- Je suis en attente d'un résultat au test de la COVID-19.

Les personnes concernées par des situations reliées à la COVID-19 ne peuvent pas effectuer une demande avant le 7 octobre 2021.

SIGNATURE

J'affirme que je répons à l'une des conditions précédentes et que pour cette raison, je demande d'exercer mon droit de vote par correspondance.

Signature _____

Date _____

Je comprends que l'enveloppe contenant les bulletins de vote par correspondance doit être reçue au bureau du président d'élection au plus tard le 5 novembre 2021 à 16 h 30. Toute enveloppe reçue après ce moment sera annulée.