

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DE L'ABATTAGE

Règlement régional numéro 20-560 relatif à la protection du couvert forestier de la MRC des Maskoutains



CERTIFICAT D'AUTORISATION N° _____

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

MUNICIPALITÉ DE _____

Note : Une procuration écrite est obligatoire si la demande est effectuée par un requérant autre que le propriétaire.

Propriétaire foncier

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Municipalité : _____ Code postal : _____
 Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

Représentant (s'il y a lieu)

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Municipalité : _____ Code postal : _____
 Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

Entrepreneur

Nom : _____ Numéro de licence : _____
 Adresse : _____
 Municipalité : _____ Code postal : _____
 Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

LOCALISATION DES TRAVAUX (NOTE : OBLIGATION D'UN FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PAR UNITÉ D'ÉVALUATION FONCIÈRE)

Adresse : _____
 N° de matricule : _____

Territoire visé par la demande (à compléter avec la carte en annexe au règlement) :

Agricole dynamique (A) : Milieu déstructuré (MD) : Milieu urbanisé (MU) :
 Travaux effectués au cours des 10 dernières années : oui non
 Si oui, indiquer la proportion de prélèvement effectué (%) : _____

Identification de chaque site de coupe visé par la demande

Site de coupe	Numéro du (des) lot(s) visé(s)	Superficie du site de coupe (ha)	Prélèvement (%)	Type de coupe projeté <i>(inscrire le numéro qui correspond au type d'abattage – voir ci-dessous)</i>
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____

Localiser géographiquement sur une carte le(s) site(s) de coupe

	Type de coupe projetée	Document obligatoire à fournir
1	Coupe d'éclaircie de 20% et moins des arbres de dimension commerciale	Prescription forestière
2	Coupe de plus de 20% des arbres de dimension commerciale	Prescription forestière
3	Coupe pour du drainage forestier	Croquis ou plan à l'échelle
4	Coupe pour une mise en culture du sol	Plan agronomique
5	Coupe pour l'exploitation ou l'agrandissement d'un site d'extraction	Rapport géologique
6	Coupe à des fins de sécurité civile	Rapport d'un professionnel
7	Coupe pour l'ouverture d'une rue	Plan de projet de lotissement approuvé
8	Coupe pour l'implantation d'une construction ou son dégagement	Croquis ou plan à l'échelle

DESCRIPTION DES TRAVAUX

DOCUMENT OBLIGATOIRE (cocher si applicable)

Pour les travaux à effectuer, avez-vous les documents suivants :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Croquis ou plan à l'échelle | <input type="checkbox"/> Plan de reboisement |
| <input type="checkbox"/> Prescription sylvicole | <input type="checkbox"/> Autre rapport (spécifier) _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan agronomique | |
| <input type="checkbox"/> Rapport géologique | |

Si l'une des cases ci-dessus est cochée, veuillez joindre le document à la présente demande.

DESCRIPTION DU SITE DE COUPE (cocher si applicable)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dans une érablière identifiée par la CPTAQ | <input type="checkbox"/> Dans une zone potentiellement exposée aux glissements de terrain |
| <input type="checkbox"/> Dans une érablière identifiée par l'AFM | <input type="checkbox"/> En périphérie immédiate d'un milieu urbanisé |
| <input type="checkbox"/> Dans un boisé identifié au règlement | <input type="checkbox"/> En périphérie immédiate d'un milieu déstructuré |
| <input type="checkbox"/> Dans une plantation | <input type="checkbox"/> Dans un milieu humide |
| <input type="checkbox"/> Dans la rive d'un lac ou d'un cours d'eau | <input type="checkbox"/> Dans un milieu sensible (ESP* ou EFE**) |
| <input type="checkbox"/> Dans une plaine inondable de grand courant | <small>* Espèce à statut précaire</small> |
| <input type="checkbox"/> Dans un secteur de pente supérieure à 30% | <small>** Écosystème forestier exceptionnel</small> |
| <input type="checkbox"/> En bordure d'une voie publique | |

Date prévue du début des travaux : _____

Date prévue de la fin des travaux : _____

ENGAGEMENT DU OU DES PROPRIÉTAIRES

Lors de travaux exigeant une prescription sylvicole, un plan agronomique et/ou un plan de reboisement

Le propriétaire doit s'engager à fournir un rapport d'exécution sur la réalisation des opérations, telle que décrite à la prescription sylvicole, au plan agronomique et/ou au plan de reboisement. Ce suivi doit être réalisé dans les six (6) mois suivant l'arrivée à échéance du certificat d'autorisation. Le rapport de suivi doit clairement indiquer si les travaux effectués ont respecté la prescription sylvicole, le plan agronomique et/ou le plan de reboisement et si ce n'est pas le cas, il doit décrire les travaux effectués en non-conformité et leurs impacts sur l'environnement.

Signature du propriétaire ou du représentant : _____

DÉCLARATION DES PARTIES

Note : Une procuration écrite est obligatoire si la demande est effectuée par un requérant autre que le propriétaire.

Je(nous), soussigné(e)(s), déclare(rons) que les renseignements ci-haut donnés sont exacts; si le certificat d'autorisation est accordé, je me conformerai (nous nous conformerons) aux dispositions du règlement régional relatif à la protection du couvert forestier de la MRC des Maskoutains en vigueur et aux lois et règlements pouvant s'y rapporter.

Par ma (notre) signature, j'atteste (nous attestons) que les travaux d'abattage d'arbres qui seront effectués relèvent d'une saine foresterie et que ces travaux mènent à un développement durable des ressources forestières.

Nom du propriétaire foncier
ou son représentant **en majuscules**

Signature

Date

Nom du détenteur du droit de coupe
ou son représentant **en majuscules**

Signature

Date

À L'USAGE DE LA MUNICIPALITÉ

Municipalité locale

Coût du certificat d'autorisation : 25,00 \$

Payé le : _____

Refusé le : _____

Numéro du reçu : _____

Payable au bureau de la municipalité locale : _____

Réception par : _____

Motif(s) du refus : _____

Nom du fonctionnaire désigné ou
fonctionnaire désigné adjoint (en majuscules)

Signature

Date

MRC des Maskoutains

Approuvé le : _____

Réception par : _____

Refusé le : _____

Date d'expiration : _____

Motif(s) du refus : _____

Nom du fonctionnaire désigné ou
fonctionnaire désigné adjoint (en majuscules)

Signature

Date

REMARQUES ADDITIONNELLES