

1. DÉCLARATION DE L'ÉLECTEUR (-TRICE) SUR SA SITUATION

Situations qui permettent à l'électeur ou à l'électrice de voter par correspondance :

- Je suis domicilié(e) dans un centre hospitalier, un CHSLD, un centre de réadaptation ou une résidence privée pour aînés inscrite au registre constitué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- Je suis incapable de me déplacer pour des raisons de santé ou j'agis à titre de proche aidant de cet(-te) électeur (-trice) et j'habite à la même adresse que cette personne;
- Je suis en isolement décrété par les autorités de santé publique pour l'une ou l'autre des raisons suivantes:
- a) Je suis de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours;
 - b) J'ai reçu un diagnostic de COVID-19 et je suis toujours considéré(e) comme porteur(euse) de la maladie;
 - c) Je présente des symptômes de la COVID-19;
 - d) J'ai été en contact avec un cas soupçonné, probable ou confirmé de la COVID-19 depuis moins de 14 jours;
 - e) Je suis en attente d'un résultat au test de la COVID-19.

2. IDENTIFICATION DE L'ÉLECTEUR (-TRICE)

Prénom :	
Nom :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Téléphone :
Adresse courriel :	
Adresse de domicile dans la municipalité :	
N° civique, n° appartement et rue	
Saint-Hyacinthe (Québec)	
Ville	
Code postal	

3. SIGNATURE

Signature OU prénom et nom en lettres moulées		Date (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> L'inscription de mon prénom et de mon nom en lettres moulées remplace ma signature.		

Retournez ce formulaire complété au plus tard le 27 octobre 2021, à la présidente d'élection, par courriel à l'adresse suivante : election2021@ville.st-hyacinthe.qc.ca ou à l'hôtel de ville situé au 700, avenue de l'Hôtel-de-Ville, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 5B2

Me Isabelle Leroux
Présidente d'élection
450-778-8317 ou 450-778-8497