



Sherbrooke, le _____

DEMANDE DE TRANSFERT

Nom : _____

Adresse : _____

Afin de permettre au Comité de sélection de bien évaluer votre demande de transfert, veuillez remplir les deux (2) sections du formulaire. Votre demande sera traitée selon la *Politique de gestion des demandes prioritaires et des demandes de relogement*.

SECTION 1

Oui Non

Votre demande de transfert est-elle liée à une raison de santé physique ?

Votre demande de transfert est-elle liée à une raison psychosociale ?

Votre demande de transfert est-elle liée à un problème de voisinage ?

Votre demande de transfert est-elle liée à une grossesse ?

Votre demande de transfert est-elle liée à l'ajout d'un nouvel occupant dans votre ménage ?

Votre demande de transfert est-elle liée au départ d'un occupant dans votre ménage ?

Autre motif : _____

SECTION 2

Décrivez-nous les raisons de votre demande de transfert :

(Utiliser le verso si nécessaire)

Signature

Date

Espace réservé à l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke

À l'étude Accepté Refusé

Date du Comité de sélection : _____