

Information à remettre aux participants

**PÉRIODE D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DU PLAN D'AMÉNAGEMENT FORESTIER
INTÉGRÉ OPÉRATIONNEL (PAFIO) DES TERRES PUBLIQUES INTRAMUNICIPALES**
SECTEUR LAMARCHE
BÉNÉFICIAIRE : CORPORATION DE DÉVELOPPEMENT DE LAMARCHE

PÉRIODE D'INFORMATION

Durée : 27 mars au 23 avril 2019

Adresse : MRC de Lac-Saint-Jean-Est
A/S de Nathalie Audet, Directrice du service d'aménagement du territoire
625, rue Bergeron Ouest
Alma (Québec) G8B 1V3

Téléphone : (418) 668-3023, poste 2103

Télécopieur : (418) 668-5112

Courriel : nathalie.audet@mrclac.qc.ca

PÉRIODE DE CONSULTATION

Date limite pour adresser une demande de consultation au bénéficiaire de la convention à Corporation de développement de Lamarche ou à la MRC de Lac-Saint-Jean-Est : **23 avril 2019**.

Nom et coordonnées du bénéficiaire de la convention d'aménagement des territoires forestiers résiduels et de son consultant forestier :

Blocs D et E (Lamarche)

Corporation de développement de Lamarche
Richard Lachance, président

100, rue Principale
Lamarche (Québec) G0W 1X0
Bur. : 481-2861 Cell. : 669-8605 Fax: 481-2631
Courriel : cdlamarche@hotmail.com

Consultant:

Benoît Francoeur, ing.f.
Coopérative forestière de Petit Paris

576, rue Gaudreault
Saint-Ludger-de-Milot (Québec) G0W 2B0
Bur. : 373-2575 p. 1225 Cell. : 820-5091
Fax : 373-2445
Courriel : benoit.francoeur@cfpp.com

Formulaire à compléter pour formuler une demande de consultation

| Fiche du participant | | Date: _____ |
|--|--------------------------|---|
| Nom | | |
| Organisme | | |
| Adresse/courriel (facultatif) | | |
| Téléphone (facultatif) | | |
| Description du participant | | |
| Villégiateurs (bail, chalet, association) | <input type="checkbox"/> | Groupe environnemental <input type="checkbox"/> |
| Clientèle faunique (club, association) | <input type="checkbox"/> | Chasseurs pêcheurs <input type="checkbox"/> |
| Clientèle municipale (municipalité) | <input type="checkbox"/> | Autres: <input type="checkbox"/> |
| Récréotourisme (activité, club, association) | <input type="checkbox"/> | _____ _____ |
| Principales préoccupations du participant | | |
| Localisation des coupes | <input type="checkbox"/> | |
| Période de coupe | <input type="checkbox"/> | |
| Autres: | <input type="checkbox"/> | |
| Décrire votre (vos) préoccupation(s) | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mesure d'harmonisation souhaitée

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

À l'intention du bénéficiaire de la CvATFR (ou MRC)

Suivi donné à la demande - description de la réponse

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Pièces jointes: _____

Signature du répondant: _____

Date: _____