

**DECLARATION DE CESSATION D'EXPLOITATION D' UN ETABLISSEMENT
D'ENSEIGNEMENT DE LA CONDUITE**

Date de réception du dossier :

CESSATION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONCERNANT LE DEMANDEUR

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

COMMUNE ET CP :

TELEPHONE PERSONNEL :

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT

ADRESSE DU LOCAL :

TELEPHONE DU LOCAL :

NOM COMMERCIAL :

RAISON SOCIALE :

N° SIREN : N° SIRET :

N° D'AGRÉMENT :

Je soussigné(e) :

Né(e) le à

Déclare la cessation d'activités pour l'établissement de conduite cité ci-dessus.

Fait à....., le

SIGNATURE

Date souhaitée pour fin d'activité :