

Etablir 1 déclaration par hébergement

Adresse de l'hébergement

Adresse
Code Postal VILLE

Capacité : **Classement :**

Nom et adresse du redevable

NOM
Adresse
Code Postal VILLE

CALENDRIER	TOTAL NUITEES MENSUELLES	* EXEMPTION <i>(nombre)</i>	4 TOTAL NUITEES FACTUREES MENSUELLES	5 TARIF APPLIQUE <i>(Taxe départementale incluse)</i> <i>Se référer au guide d'application 2017</i>	6 MONTANT TOTAL <i>(taxe encaissée)</i> 4 X 5
Avril			X		=
Mai			X		=
Juin			X		=
Juillet			X		=
Août			X		=
Septembre			X		=
Octobre			X		=

TOTAL

Remplir obligatoirement les rubriques 4 – 5 – 6

Certifié conforme au registre d'accueil tenu à disposition pour contrôle.

**Fait à
Signature**

Le

Document à compléter et à retourner au plus tard le 15 novembre 2017 à :

HAUT-LEON COMMUNAUTE • 29, rue des Carmes • BP 116 • 29250 Saint-Pol de Léon

* **Exemptions :** loi de Finances 2015 (Art L.2333-31)

Les personnes mineures (avant seuls les enfants de moins de 13 ans étaient exemptés)

Les titulaires d'un contrat de travail saisonnier employés dans la commune

Les personnes bénéficiant d'un hébergement d'urgence ou d'un relogement temporaire