

# ÉLECTION GÉNÉRALE MUNICIPALE DU 7 NOVEMBRE 2021

## Votez par correspondance

dans votre établissement  
de santé

## VOUS ÊTES DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT OU DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ<sup>1</sup>

Vous pouvez faire une demande pour voter par correspondance. Vous pouvez également modifier votre inscription à la liste électorale à distance.

### POUR VOTER PAR CORRESPONDANCE DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT

#### 1 FAITES UNE DEMANDE

Faites votre demande en remplissant les **sections 1 et 2 au verso de ce formulaire**, puis envoyez-le à votre présidente ou président d'élection. Ce formulaire doit être reçu **au plus tard le 27 octobre 2021**.

#### 2 VOUS DEVEZ VOUS INSCRIRE SUR LA LISTE ÉLECTORALE OU MODIFIER VOTRE INSCRIPTION?

Remplissez aussi les **sections 3, 4 et 5 de ce formulaire**, puis faites parvenir ce dernier à votre présidente ou président d'élection. Ce formulaire doit être reçu **au plus tard le**

Pour vous inscrire sur la liste électorale ou pour effectuer un changement d'adresse, vous devez **joindre à votre demande une photocopie de deux documents** qui contiennent :

- 1 Votre nom et votre date de naissance**  
(certificat de naissance, carte d'assurance maladie, passeport, etc.) ;
- 2 Votre nom et l'adresse de votre centre ou de votre établissement de santé**  
(attestation du centre, permis de conduire, facture de téléphone ou d'électricité, etc.).

Vous pouvez aussi demander à un membre du personnel de votre centre d'attester votre identité en signant la déclaration au verso de ce formulaire.

#### 3 ASSUREZ-VOUS DE RECEVOIR VOS BULLETINS DE VOTE

Si vous n'avez pas reçu vos bulletins quelques jours après leur envoi, communiquez avec votre présidente ou président d'élection. Il pourra faire un second envoi.

Pour être valides, vos bulletins doivent être reçus au bureau de la présidente ou du président d'élection **au plus tard le 5 novembre 2021, à 16 h 30**.

1. Seuls les électrices et les électeurs domiciliés ou hébergés dans un centre hospitalier, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans une résidence privée pour aînés inscrite au registre constitué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* peuvent recourir à ces mesures spéciales.

2. Une personne est sous curatelle si un tribunal l'a reconnue inapte, de façon totale et permanente, à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens.

POUR VOTER,  
vous devez  
respecter  
les conditions  
suivantes :



Être sur  
la liste électorale



Avoir 18 ans  
ou plus



Avoir la citoyenneté  
canadienne



Ne pas être sous  
curatelle<sup>2</sup> ni privé de vos  
droits électoraux



Avoir votre domicile  
dans la municipalité et,  
habiter au Québec  
depuis au moins six mois

Pour voter par correspondance : votre demande doit être reçue à la municipalité AU PLUS TARD LE 27 OCTOBRE 2021.

### 1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom \_\_\_\_\_ Nom (à la naissance) \_\_\_\_\_

Date de naissance : / /  Année Mois Jour Sexe :  Féminin  Masculin  Numéro de téléphone

Nom du centre \_\_\_\_\_

Adresse du centre : \_\_\_\_\_

Numéro et nom de voie \_\_\_\_\_ Municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Je séjourne dans ce centre depuis le / /  Année Mois Jour de façon  permanente  temporaire

### 2 VOTER PAR CORRESPONDANCE

Je demande à pouvoir voter par correspondance lors de l'élection générale municipale du 7 novembre 2021.

### 3 POUR VOUS INSCRIRE SUR LA LISTE ÉLECTORALE OU POUR MODIFIER VOTRE INSCRIPTION

Si vous remplissez cette section, le formulaire doit être reçu au plus tard le

Je demande que mon nom soit inscrit sur la liste électorale (inscription ou changement d'adresse).  
Adresse de mon domicile précédent (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Numéro et nom de voie \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Je demande que mon nom soit radié de la liste électorale.

Je demande que mon inscription sur la liste électorale soit corrigée de la façon suivante : \_\_\_\_\_

### 4 ATTESTATION DU MEMBRE DU PERSONNEL DE LA RÉSIDENCE

J'atteste de l'identité de la personne mentionnée précédemment et affirme que les informations concernant son domicile sont exactes.

Prénom et nom (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

### 5 SIGNATURE

Je déclare être une électrice ou un électeur de la municipalité et avoir fourni, à ma connaissance, des renseignements véridiques.

Signature \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

## VOUS FAITES UNE DEMANDE D'INSCRIPTION OU DE MODIFICATION À LA LISTE ÉLECTORALE ?

Votre formulaire rempli doit être reçu **au plus tard le**



## MESURE EXCEPTIONNELLE

Le vote par correspondance pour les personnes résidant dans des CHSLD ou dans des centres reconnus par le MSSS est une mesure d'exception liée au contexte sanitaire actuel.

Votre demande n'est valide que pour l'élection en cours. Vous pourriez devoir faire d'autres démarches pour la prochaine élection.

## VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec le bureau de la présidente ou du président d'élection de votre municipalité :

Tél. :

Poste :