

Établissement : _____
 Nom responsable : _____
 Adresse : _____
 CP et Ville : _____
 Mail : _____

Les informations relatives à la taxe de séjour étant transmises essentiellement par mail, nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer votre adresse mail.



9 rue des Prairies
42410 PÉLUSSIN

Catégorie Ets : _____

A compléter obligatoirement (étoiles ou équivalents)

Document à compléter et à retourner (avant le 31/01/2019), avec le versement, au :

Centre des Finances Publiques de Saint-Chamond
17 rue Victor Hugo - 42400 SAINT-CHAMOND

FORMULAIRE DE DÉCLARATION POUR LE REVERSEMENT DE LA TAXE DE SÉJOUR 2018

Etat annuel des personnes logées du 01/01/2018 au 31/12/2018

A compléter en nombre de nuitées par personne

Mois	Tarif Plein	Nombre d'exonérations en nuitées (sous réserve de fournir les justificatifs)				Total perçu
		Mineurs (enfants de - de 18 ans)	Titulaires d'un contrat de travail saisonnier employés sur le territoire	Personnes bénéficiant d'un hébergement d'urgence ou d'un relogement temporaire par la commune	Les personnes qui occupent des locaux dont le loyer est < à 4 € / nuit	
janv-18						
févr-18						
mars-18						
avr-18						
mai-18						
juin-18						
juil-18						
août-18						
sept-18						
oct-18						
nov-18						
déc-18						
Total						

Date et signature du logeur :

Certifié exact arrêté à la somme de (en lettres) :