|  |
| --- |
| **ARCHIVES DU CALVADOS**  **61 Rue de Lion-sur-Mer 14000 CAEN \*** 🕿**. : 02 31 47 18 50 \* Fax : 02 31 43 74 39 –** [**archives@calvados.fr**](mailto:archives@calvados.fr)  **VISA D’ÉLIMINATION D’ARCHIVES** |

*(à transmettre en deux exemplaires)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTIE à remplir par le SERVICE DEMANDEUR** | | |
| **COLLECTIVITE / ADMNISTRATION :**  **Adresse**:  🕿: *Adresse électronique :* | | **Personne référente :** |
| **ARCHIVES à ÉLIMINER** | | |
| **Métrage linéaire :**  **Nombre de boîtes/cartons :** | **Date du visa :** | |

| **Nombre de boîtes** | **Description sommaire du contenu**  **(type de documents)** | **Dates extrêmes** | **Texte réglementaire autorisant la destruction** | **Partie réservée aux Archives** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de pages du bordereau :** | |
| **Signature du responsable :**  **Date :** | **Signature de la directrice**  **du service départemental d’archives**  **Date :** |

| **Nombre de boîtes** | **Description sommaire du contenu**  **(type de documents)** | **Dates extrêmes** | **Texte réglementaire autorisant la destruction** | **Partie réservée aux Archives** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |