|  |
| --- |
| **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****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** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |