



Taxe communale de séjour

Nom :

- De l'établissement public
- De l'établissement médical
- Du particulier

Relevé des nuitées des hôtes, selon registre et des taxes dues pour :

Le mois _____ 20__

Total des nuitées _____

Exonérations légales _____

Nuitées soumises à la taxe _____ à 3fr. = Fr. _____

Le soussigné certifie que les indications ci-dessus sont exactes.

Signature (du responsable de l'établissement ou du particulier)

Quittance

Le percepteur soussigné déclare avoir reçu la somme de Fr. _____

Signature

_____ le _____ 20__