

**MISSIONS D'INTERET GENERAL  
ATTESTATION JOURNEES REGULATION  
Département de la HAUTE MARNE**

TERRITOIRE DE CHASSE et NOM du Détenteur de Plan de Chasse :

.....

COMMUNES du territoire de chasse :

.....

Le détenteur de plan de chasse CERTIFIE que :

Nom / Prénom : .....

Participe à une/des journées de régulation sur le territoire sus nommé le(s) ...../...../20

Signature du détenteur de plan de chasse