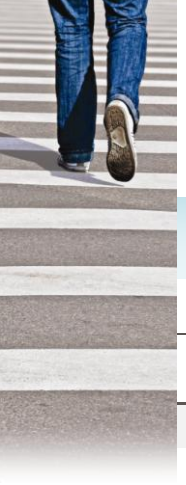

Nom de l'évaluateur : _____ Date : _____ Heure début : _____ Heure fin :_____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

FORMULAIRE II : IDENTIFICATION DES RUES

N° de la rue	Nom de la rue