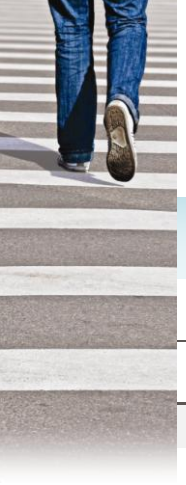

Nom de l'évaluateur : _____ Date : _____ Heure début : _____ Heure fin :_____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

FORMULAIRE I : IDENTIFICATION DE L'INTERSECTION

N° de l'intersection	Nb. traverses	Nom de la rue 1	Nom de la rue 2	Nom de la rue 3	Nom de la rue 4