

Demande de traitement
par lecteur optique

Nombre total de feuilles (incluant corrigés) : ____

EXAMEN Nombre de clés (versions) : ____

OU

SONDAGE Nombre de questions : ____

Adresses @ulaval.ca pour l'envoi des résultats :

Responsable du cours (notre référence de classement) :

Sigle du cours : _____

Indiquez vos demandes particulières :

Déposez vos documents dans la chute murale située près du CSL-3142



Des questions? Composez le 418-656-9995

Récupération EN PERSONNE au CSL-3142 **durant les cinq jours
ouvrables suivant la correction** (rapide et sécuritaire)

Personne autorisée : _____

X _____

Signature lors de la récupération

_____ Date

Section réservée à la DTI

Traité par _____ Date / h

Commentaires _____



En attente des feuilles manquantes du client