

## Demande d'évaluation ergonomique

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Local : \_\_\_\_\_

Demande autorisée le : \_\_\_\_\_

Nom du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_

Signature du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_

***Veillez télécopier la demande signée par votre supérieur immédiat  
à Mme Diane Mongeon au 819-986-1622.***

Section réservée à Mme Diane Mongeon
Date de réception de la demande :
Visite prévue le :
Articles commandés le :
Numéro du bon de commande :
Livraison prévue le :
Personne-ressource de l'organisme :
Fournisseur :

Coûts : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_