

# FORMULAIRE DE MISES DE CÔTÉ DU MATÉRIEL AUDIOVISUEL

NOM ET PRÉNOM :

# DE POSTE :

No. Colnet :

**VEUILLEZ INSCRIRE DANS LES CASES ET SELON VOS BESOINS**

**P** = Portable seulement

**PO** = Combo projecteur/ordinateur/Charriot

**PDVD** = Combo projecteur/lecteur DVD/charriot

**TV** = Combo téléviseur/lecteur DVD/charriot

<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>MERCREDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>MERCREDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>MERCREDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>MERCREDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :

PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
<b>POUR TOUT AUTRE MATÉRIEL, S'IL VOUS PLAÎT NOUS L'INDIQUER ICI :</b>				

c:\users\biblio\desktop\formulaire pdf de mises de côté du matériel audiovisuel.docx

## FORMULAIRE DE MISES DE CÔTÉ DU MATÉRIEL AUDIOVISUEL

<b>NOM ET PRÉNOM :</b>	<b># DE POSTE :</b>	<b>SESSION :</b>
------------------------	---------------------	------------------

**VEUILLEZ INSCRIRE DANS LES CASES ET SELON VOS BESOINS**

<b>P = Portable seulement</b>	<b>PO = Combo projecteur/ordinateur/Charriot</b>
<b>PDVD = Combo projecteur/lecteur DVD/charriot</b>	<b>TV = Combo téléviseur/lecteur DVD/charriot</b>

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>	OU SESSION : <input type="checkbox"/>
AM :	AM :	AM :	AM :	AM :
PM :	PM :	PM :	PM :	PM :
SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :	SOIR :

**POUR TOUT AUTRE MATÉRIEL, S'IL VOUS PLAÎT NOUS L'INDIQUER ICI :**
