

A FAXER AU 27.55.40.71

Etablissement : \_\_\_\_\_  
Envoyé au dépt. Distribution  
par (nom/prénom) :

### **Signature et cachet :**

## Mois

## Réception du formulaire (à l'attention du CTS/CRL)

#### **Pour le Département distribution**

Pour le Dépt. ADM

Date : ..... / ..... / .....

Date : ..... / ..... / .....

Trigramme / Signature :

Trigramme / Signature :

Identification	Recueil	Indexation	Accès	Conservation	Mise à jour
Ets/date/signature	Ets	/	dis	1 an	/

Modifs : mise en page