Département de continuité

Grille d'évaluation Assistant-e scripte

Nom prénom de l'Assistant-e scripte : _____

Numéro de membre de l'Assistant-e scripte : _____

Nom prénom du / de la scripte : _____

Numéro de membre du / de la Scripte : _____

Nom de la production : _____

Type de production : _____

Nombre de jours travaillés : _____

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

En signant cette attestation, nous déclarons que tous les renseignements fournis dans le présent document sont exacts.

Signature : _____ **Date** : _____