



FORMULAIRE DE RECLAMATION

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire afin que votre demande puisse être traitée correctement. Chaque champ noté d'un astérisque nécessite une réponse obligatoire.

Personne émettant la réclamation

Nom* : _____ **Prénom* :** _____

Statut* : ☐ **Stagiaire** ☐ **Prescripteur** ☐ **Financier** ☐ **Intervenant**

Structure d'appartenance : _____ **Fonction :** _____

Personne directement concernée par la réclamation (si tel est le cas)

Nom* : _____ **Prénom* :** _____

Structure d'appartenance : _____ **Fonction :** _____

Réclamation

Objet de la réclamation* :

- ☐ Traitement et suivi de votre demande
- ☐ Déroulement d'une formation
- ☐ Convention / Contrat avec le centre de formation
- ☐ Coût – facturation
- ☐ Autre : à préciser : _____

Description explicite de la réclamation*

(dysfonctionnement identifié, date, lieu, intervenants, conditions éventuelles de survenue du dysfonctionnement....)