



FORMULAIRE DE RECLAMATION RELATIVE AUX PRESTATIONS DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez formuler une réclamation auprès de notre organisme et nous en sommes à l'entière écoute. Pour cela, nous vous demandons de répondre à chacun des champs suivants afin de garantir la résolution de votre réclamation. Dans tous les cas, le formulaire est à retourner par mail à :

soinsdecamargue@gmail.com

Nous nous engageons à prendre vos réclamations en compte sous 30 jours.

1) Prénom, NOM de la personne qui exprime la réclamation (éventuellement : entreprise et fonction occupée) :

2) Prénom, NOM de la personne physique qui est directement concernée par la réclamation (éventuellement : entreprise et fonction occupée) :

3) Un mail confirmant que vos observations ont bien été prises en compte vous sera adressé.

Adresse mail :

4) Objet précis de la réclamation :

5) Description explicite de la réclamation : dysfonctionnement identifié, date, lieu, intervenant(e)s, conditions éventuelles de survenue du dysfonctionnement, etc :

À compléter par **Olivia TALMANT - Directrice**

6) Numéro et date de réception de la réclamation :

7) Identification du mode de réception de la réclamation : adresse e-mail ou postale.

8) **Type, modalités et contenu de la réponse adressée à l'interlocuteur** ayant exprimé la réclamation :

Un email de réponse a été adressé à l'interlocuteur avec les réponses, modalités et tous les justificatifs

9) Date de clôture de la réclamation : **00/00/2025**

10) Date et signature :