

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULAIRE DE RECLAMATION** | | | | | **N°** |
| **Ce présent formulaire de réclamation permet de traiter les difficultés rencontrées par les parties prenantes, des réclamations exprimées par ces dernières et des aléas survenus en cours de prestation.** | | | | | |
|  |  | |  |  |  |
| **Date** : | | | 12/01/2022 |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **Nom et prénom du réclamant :**      (éventuellement : société et fonction occupée). | | | | | |
| **Intitulé de la formation suivie par le réclamant :** | | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |
| **Objet précis de la réclamation** : | |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **Description explicite de la réclamation (dysfonctionnement identifié, date, lieu, intervenants, conditions éventuelles de survenue du dysfocntionnement, etc.)** | | | | | |
|  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| **Intervenants éventuellement concernés par la réclamation (personnes physiques ou morales autres que SSIAP FORMATIONS)** | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| **Fait à** **le :** | | | |  |  |  |
| **Nom Prénom et signature du réclamant :** | | | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |