COORDONNEES DE DECLARANT

[ ] Mr [ ] Mme NOM : Prénom :

Entreprise :

Fonction :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse électronique :

INFORMATION CONCERNANT LA FORMATION

Intitulé de l’action de formation :

Dates de la formation :

Lieu de la formation :

Formateur :

MOTIF DE LA RECLAMATION

[ ]  Matériel

[ ]  Contenu de la formation

[ ]  Formateur

[ ]  Facture

[ ]  Autre

Précisez :

DESCRIPTION DES FAITS

DATE : SIGNATURE :

**Demande de suite à donner à cette réclamation**

|  |  |
| --- | --- |
| Médiation - Discussion  |  |
| Avoir  |  |
| Remboursement partiel  |  |
| Remboursement total  |  |

Julien COOLEN

Direction

Signature Signature

Bon pour accord