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