



FORMULAIRE DE PLAINTE

Veillez remplir uniquement la section 1 du formulaire

Section 1 – Informations sur le ou la déposant.e
Madame <input type="checkbox"/>
Monsieur <input type="checkbox"/>
Mx <input type="checkbox"/>
Ne souhaite pas répondre <input type="checkbox"/>
Nom :
Prénom :
Organisation (le cas échéant) :
Adresse :
Numéro de fonds (le cas échéant) :
Numéro de téléphone et adresse de courriel :
Comment souhaitez-vous être contacté.e ?
Date, description de l'événement et mesure de réparation souhaitée :

Signature :



Cette section est réservée à la FGM

Section 2 – Informations sur la plainte
Numéro de plainte :
Plainte reçue Verbalement <input type="checkbox"/> Par écrit <input type="checkbox"/>
Date de réception de la plainte :
Objet de la plainte :
Raisons de la plainte :
Complété le :
Par (nom, prénom , titre) :
Signature :