

FORMULAIRE DE PLAINTÉ

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom complet :
(LETTRE CAPITAL)

Adresse complète :

Code postal :

Tél. résidence : Tél. bureau :

Cellulaire :

IDENTIFICATION DU PARENT (S'IL Y A LIEU)

Nom complet :
(LETTRE CAPITAL)

Adresse complète :

Code postal :

Tél. résidence : Tél. bureau :

Cellulaire :

PLAINTÉ (COMPLÉTER LES INFORMATIONS SUIVANTES)

Nom de l'employé (si pertinent) :

Fonction :

SERVICE

☐

Médiation

☐

Compensation financière

☐

Consultation victime

☐

Lettre à la victime

☐

Restitution

☐

Orientation/ Référence vers les ressources

☐

Autre

FORMULAIRE DE PLAINTÉ

(SUITE)

OBJET DE LA PLAINTÉ

Veuillez décrire de façon détaillée les faits, les événements, les circonstances ou les agissements concernant la plainte.

VOS ATTENTES SUITE À CETTE PLAINTÉ

Date : _____

Signature : _____

RAPPEL : L'organisme s'engage à traiter votre plainte dans un délai de 30 jours ouvrables dès la réception de la plainte.

Date de réception de la plainte : _____

COORDONNÉES

Vous pouvez acheminer votre formulaire de plainte par courrier postal, par courriel, par télécopieur ou en personne.

Remettre à l'attention de : Priscilla Viens

Adresse postale : 181 rue Decelles, Granby (Qc) J2G 7P6

Adresse courriel : pviens@jamed.org

Téléphone : 450.777.4208

Télécopieur : 450.777.6904

MERCI