

Vous souhaitez formuler une réclamation auprès de notre organisme et nous sommes à votre entière écoute. Pour cela, veuillez renseigner le formulaire ci-joint le plus précisément possible afin de vous apporter une réponse adaptée et efficace à votre réclamation.

Document à retourner par mail à : qualite.ims@chu-bordeaux.fr

Une réclamation consiste en une action visant à faire respecter un droit, ou à demander une chose due, recueillie par écrit ». Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification, ou une demande d'avis, **n'est pas une réclamation.**

| FORMATION CONCERNEE | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> CFPPS | <input type="checkbox"/> ESF | <input type="checkbox"/> CFPPH | <input type="checkbox"/> IFMEM | <input type="checkbox"/> IFCS | <input type="checkbox"/> EIADE | <input type="checkbox"/> EIBODE | |
| <input type="checkbox"/> IFPUER | <input type="checkbox"/> IFAP | <input type="checkbox"/> IFPP | <input type="checkbox"/> IFE | <input type="checkbox"/> IFMK | <input type="checkbox"/> IFAS | <input type="checkbox"/> IFSI | CFA |
| PERSONNE DECLARANTE | | | | | | | |
| Nom et Prénom : | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | | | |
| E-mail : | | | | | | | |
| Fonction : | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Etudiant/apprenant | | <input checked="" type="checkbox"/> Intervenante externe | | <input checked="" type="checkbox"/> Personnel de l'IMS | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Employeur/Maître d'apprentissage | | Nom de l'apprenant : | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Financier | | Nom de l'apprenant : | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autre (à préciser): | | | | | | | |
| PERSONNE(S) CONCERNEE(S) (si différente du déclarant) | | | | | | | |
| Nom et Prénom : | | | | | | | |
| Fonction : | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant/apprenant | | <input type="checkbox"/> Intervenante externe | | <input type="checkbox"/> Personnel de l'IMS | | | |
| <input type="checkbox"/> Employeur/Maître d'apprentissage | | Nom de l'apprenant : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Financier | | Nom de l'apprenant : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser): | | | | | | | |
| DECLARATION | | | | | | | |
| Votre réclamation porte sur : | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accueil, information, inscription | | <input type="checkbox"/> Formation | | <input type="checkbox"/> Gestion administrative | | | |
| <input type="checkbox"/> Sécurité | | <input type="checkbox"/> Infrastructures et Matériels | | <input type="checkbox"/> Facturation-paiement | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser): | | | | | | | |

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Date de l'évènement : | Heure de l'évènement : | Lieu de l'évènement : |
| Description explicite de la demande : <i>(Expliquer le plus clairement et le plus précisément possible le sujet de votre insatisfaction/observation)</i> | | |
| PARTIE RESERVEE A L'IMS | | |
| Accusé de réception de la demande par mail | Le : | |
| Transmission de la demande à la personne identifiée pour la traiter | Le : A : | |
| Envoi de la réponse suite à la réclamation | Le : | |
| Clôture de la réclamation | Le : | |
| Traçabilité de la demande, de son suivi, de son traitement dans le tableau de synthèse des plans d'amélioration continue (lecteur partagé Q) | Vérifié le : | |