FICHE DE DOLEANCE
PLAINTE/RECLAMATION

Personne plaignante

☐ Mme ☐ Melle ☐ Mr

- Nom : ……
- Prénom : ……
- Téléphone :……
- Mail :……
- Adresse :…… .

……

Date : ……. /……. /……

Votre proche hospitalisé/Résident

☐ Mme ☐ Melle ☐ Mr

- Nom : ……
- Prénom : ……
- Service :……

Objet de la déclaration : ……

Motifs de la déclaration (décrivez les faits):

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Signature du plaignant

Merci de déposer cette fiche à l'accueil ou au service qualité