

RÉCLAMATION

Dans le cadre du suivi qualité des actions de formation, TRANSITIONS PRO s'engage à prendre en compte votre réclamation.

EMETTEUR

Merci de cocher la case correspondante **Vous êtes :**

Stagiaire Organisme Entreprise Service remboursement Administrateur

NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE

Nom :

Prénom :

Numéro de dossier :

ORGANISME DE FORMATION CONCERNE

Nom :

Adresse (lieu de formation) :

ACTION DE FORMATION CONCERNEE

Intitulée de la formation :

Dates de la formation :

OBJET DE LA RECLAMATION

Veuillez préciser les faits ou encore qui, quoi, où, comment, combien, pourquoi ?

VOS ATTENTES

Qu'attendez-vous de TRANSITIONS PRO ? :

★ **Votre réclamation doit-elle rester anonyme ?**

Merci de cocher la case correspondante : Oui Non

Date fait le :

Merci de transmettre cette fiche à l'adresse suivante : qualite@transitionspro-bfc.fr