Auto-école ASLAN CONDUITE

8 rue du Cambodge

75020 Paris Tel. 01.43.66.23.04 Mail : aslanconduite20eme@gmail.com

**FOMULAIRE DE RECLAMATIONS**

-De quoi s’agit-il?.......................................................................................................................................

-Suggestion d’amélioration…………………………………………………………………………………………………………………..

-Problème stagiaire………………………………………………………………………………………………………………………………

-Demande modification de documents…………………………………………………………………………………………………

-Réclamation client………………………………………………………………………………………………………………………………

-Non-conformité d’une formation……………………………………………………………………………………………………….

-Autre…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom, date et lieu de la formation (le cas échéant) : ……………………………………………………………………………

Que proposez-vous ? ………………………………………………………………………………………………..

Qui êtes-vous ?........................................................................................................................................

Elève d’une formation………………………………………………………………………………………………………………………….

Personnel de l’école de conduite………………………………………………………………………………………………………….

Parent d’élève en formation………………………………………………………………………………………………………………..

Financeur Pole Emploi/Région ……………………………………………………………………………………………………………

Employeur…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom, Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mail : ……………………………………………………………………. Téléphone : ………………………………………………………

Date d’émission : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Merci de transmettre ce document au Responsable de l’agence, elle sera traitée dans les 8 jours ouvrés.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Description du traitement à apporter : Partie réservé à l’auto-école ASLAN CONDUITE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Auteur du traitement :…………………………………………………………. en date du :………………………

Y a-t-il besoin d’une action corrective ? - non - oui

N° Plan d’Action :…………………………………