ASSOCIATION FRATERNELLE DES AMIS DES MALADES	**FORMULAIRE SUGGESTION OU RECLAMATION**	VERSION : 1 Date de création : JUIN 2024 Mise à jour : 🕮 : 1/2

Foyer Jean Barrais 24, avenue de l'Hermitage 44380 PORNICHET Tél. : 02 40 61 09 34

RESIDENT	**NOM :** **PRENOM** :		
PERSONNE DECLARANTE	**NOM :** **PRENOM :** **QUALITE :** ❑ **Résident** ❑ **Famille** ❑ **Bénévole** ❑ **autre :** (Vous avez le choix de rester anonyme)		
OBJET	❑ **SUGGESTION**	❑ **RECLAMATION**	
SERVICE CONCERNE	❑ **Direction** ❑ **Administration** ❑ **Hôtellerie** ❑ **Restauration**	❑ **Lingerie** ❑ **Service Infirmerie** ❑**Service soins** ❑ **Animation**	❑ **Entretien** ❑ **Maintenance** ❑ **Autre :**

DECRIRE VOTRE SUGGESTION OU LES FAITS EN CAS DE RECLAMATION

(Date, lieu, circonstances, personnes concernées …)

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

Ce formulaire est à remettre aux responsables de sessions ou à déposer dans la boîte aux lettres

Les membres du bureau s'engagent à vous apporter une réponse si vous laisser vos coordonnées.
Les réponses faisant suite à des formulaires anonymes seront transmises lors des réunions de sessions.

ASSOCIATION FRATERNELLE DES AMIS DES MALADES	**FORMULAIRE SUGGESTION OU RECLAMATION**	VERSION : 1 Date de création : JUIN 2024 Mise à jour : 🕮 : 2/2

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

❑ **SUGGESTION** ❑ **RECLAMATION**

Numérotation fiche		**Date d'enregistrement**	
Suites envisagées	❑RDV résident et/ou famille	❑ Appel téléphonique	❑ Réponse écrite
Note d'information à transmettre au CCAS		❑ OUI	❑ NON

MESURES PRISES (suite analyse et entretien)

Date de clôture :	
Visa :	