**Formulaire de Réclamation et/ou de suggestion**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité** : Nom – Prénom :  du rédacteur de la réclamation |  |
| **Coordonnées** : N° de téléphone :  Adresse mail :  du rédacteur de la réclamation | **Tel**. :  **@** : |
| **Bénéficiaire**(s) **concerné**(s) : |  |
| **Date de la réclamation** : |  |
| **Cette réclamation concerne :**  Cocher la case correspondante à votre réclamation/suggestion | Le planning  La facturation  Les professionnels de terrain (intervenants, psychologues)  Le contenu de la prise en charge  Autre |
| **Objet de la réclamation** : |  |
| **Description de la réclamation** : |  |
| **Pièces/documents justificatifs en PJ**  (si nécessaire) |  |

Formulaire à renvoyer à : defi.autisme77@gmail.com

*L’Association Défi Autisme s’engage à accuser-réception de ce formulaire sous 48h et à vous apporter une réponse dans les meilleurs délais (dans un délai maximum d’une semaine après accuser-réception de la réclamation/suggestion).*

*Merci pour votre compréhension,*

*L’équipe Défi Autisme.*