

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	<input type="checkbox"/> Le planning <input type="checkbox"/> La facturation <input type="checkbox"/> Les professionnels de terrain (intervenants, psychologues) <input type="checkbox"/> Le contenu de la prise en charge <input type="checkbox"/> 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.