



Institut Santé social Formation

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION, DE SIGNALEMENT DES ALÉAS ET DES DIFFICULTÉS

V3.0 Mise à jour le 06/01/2026

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire (question 1 à 4).

Chaque question nécessite une réponse obligatoire.

L'absence de réponse à une ou plusieurs questions est susceptible de compromettre la bonne gestion de votre réclamation.

I2S FORMATION ne traitera ou n'utilisera vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour assurer l'exécution des prestations, en tenant compte de l'objet de votre réclamation.

1- Prénom/Nom de l'interlocuteur.trice émetteur.trice (éventuellement :société et fonction occupée)	
2- Prénom/Nom de la personne directement concernée	
3- Objet précis	
4- Description explicite (dysfonctionnement identifié, date, lieu, intervenant.e.s, conditions éventuelles de survenue du dysfonctionnement, etc.)	

DATE:

SIGNATURE DE LA PARTIE PRENANTE :



Institut Santé social Formation

- À compléter par I2S FORMATION

1- Numéro et date de réception	
2- Type et modalité de réponse adressée à l'interlocuteur.trice	
3- Date et clôture	

SIGNATURE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE I2S FORMATION