



FORMULAIRE DE PLAINTE OU RECLAMATION A DESTINATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES

PERSONNE DECLARANTE	NOM : PRENOM : QUALITE : <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Autre : EMAIL : TELEPHONE : <p style="text-align: center;">(Vous avez le choix de rester anonyme)</p>		
PERSONNE CONCERNEE	NOM : PRENOM : QUALITE : <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Autre :		
OBJET	<input type="checkbox"/> PLAINTE <input type="checkbox"/> RECLAMATION		
SERVICE CONCERNE	<input type="checkbox"/> Direction <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Hôtellerie <input type="checkbox"/> Restauration	<input type="checkbox"/> Lingerie <input type="checkbox"/> Service infirmier <input type="checkbox"/> Service soins <input type="checkbox"/> Animation	<input type="checkbox"/> Entretien / maintenance <input type="checkbox"/> Autre :

DECRIRE LE SUJET DE VOTRE PLAINTE OU DE VOTRE RECLAMATION (Date, lieu, circonstance, service, personnes concernées...)
.....

**CE FORMULAIRE EST A DEPOSER DANS LA BOITE AUX LETTRES A L'ACCUEIL DE L'EHPAD
 OU A ENVOYER PAR MAIL A L'ADRESSE : direction@ccas-plouay.fr**

La direction s'engage à vous apporter une réponse si vous laissez vos coordonnées.
 Les réponses faisant suite à des formulaires anonymes seront transmises au Conseil de la Vie Sociale.