

N°

De quoi s'agit-il ?

- Suggestion d'amélioration Non-conformité d'une action Réclamation Autre
 Documents nationaux Problème stagiaires

Nom, date et lieu de l'action (le cas échéant) :

Que proposez-vous ?

Qui êtes-vous ?

- Stagiaire d'une formation Partenaire local Partenaire institutionnel Autres : _____

Nom, Prénom et coordonnées : _____

Date d'émission : / /

Merci de transmettre ce document au responsable Catherine TROTIN contact@moveasy-maci.com

Description du traitement à apporter :

Auteur du traitement : _____

en date du : / /

Suivi du traitement le : / /

- Traité non traité

Y a-t-il besoin d'une action corrective ? non oui,
description : _____

Fiche clôturée le / / par _____ Signature :