



FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RÉCLAMATION **IFMS GUÉRET**

Institut de formation : IFMS de Guéret

Adresse : 26 Chemin des Amoureux 23000 Guéret

Courriel de contact : ifsi@ch-gueret.fr

Téléphone : 05.55.51.70.60

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de la déclaration : ____ / ____ / ____

Identité du déclarant

- Nom :
- Prénom :
- Adresse électronique :
- Téléphone :

Statut du déclarant (cocher la case correspondante)

- ☐ Apprenant / Stagiaire
- ☐ Formateur / Intervenant
- ☐ Personnel administratif
- ☐ Employeur
- ☐ Financeur
- ☐ Terrain de stage / Partenaire
- ☐ Autre (à préciser) :

2. FORMATION CONCERNÉE

- **Intitulé de la formation :**
- **Filière :**
 - ☐ Formation initiale
 - ☐ Formation continue
- **Type de formation :**
 - ☐ Diplômante / certifiante
 - ☐ Qualifiante
 - ☐ Action de développement des compétences
 - ☐ Autre :
- **Période de la formation (si applicable) :**

☐ Relationnel / communication

☐ Autre :

Gravité perçue

☐ Faible

☐ Modérée

☐ Importante

Fréquence de survenue

☐ Fait isolé

☐ Occasionnel

☐ Répétitif

☐ Fréquent

6. ACTIONS ATTENDUES / PROPOSITIONS

Quelles actions ou améliorations souhaiteriez-vous voir mises en œuvre ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. SUIVI DE LA RÉCLAMATION

Souhaitez-vous être informé(e) des suites données à votre réclamation ?

☐ Oui, par e-mail

☐ Oui, par téléphone

☐ Oui, lors d'un entretien

☐ Non

8. ENGAGEMENT DU DÉCLARANT

Je certifie l'exactitude des informations renseignées dans ce formulaire.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'INSTITUT DE FORMATION

- Date de réception de la réclamation : ____ / ____ / ____
- Mode de réception : ☐ Formulaire ☐ Mail ☐ Courrier ☐ Oral retranscrit
- Accusé de réception transmis au déclarant le : ____ / ____ / ____
- Personne en charge de l'analyse et du traitement :

Analyse de la réclamation

- Analyse des causes (factuelles et organisationnelles) :

.....

Décision et actions correctives / préventives

- Actions décidées :
 - ☐ Correction immédiate
 - ☐ Action corrective
 - ☐ Action préventive
 - ☐ Aucune action justifiée (motif) :
- Responsable(s) de mise en œuvre :
- Échéance de réalisation : ____ / ____ / ____

Suivi et clôture

- Réponse transmise au déclarant le : ____ / ____ / ____
- Évaluation de l'efficacité des actions : ☐ Efficace ☐ Partiellement efficace ☐ Non efficace
- Modalité de vérification :
- Clôture de la réclamation le : ____ / ____ / ____
- Traçabilité assurée dans le tableau de suivi qualité / plan d'amélioration continue ☐ Oui

Visa Responsable Qualité / Direction IFMS de Guéret :

Mise à jour le 02/01/2026