

Formulaire Réclamation

Date : / /

Déclarant

Vous êtes : Personne accompagnée Visiteur/Famille/Aidant
 Professionnel externe / partenaires Autre (préciser) :

Votre nom – prénom :

Votre numéro de téléphone et votre mail (facultatif) :

Personne accompagnée concernée (si différent du déclarant) :

Etablissement ou service concerné :

Motif de votre réclamation (ne cocher qu'une seule mention)

Accompagnement

- Accompagnement médical - soins**
- Accompagnement à l'autonomie**
(actes essentiels de la vie, communication, sécurité...)
- Accompagnement à la participation sociale** (scolarité, travail, activités sports - loisirs culture, vie affective et sexuelle, citoyenneté...)
- Continuité / fluidité des parcours**
(admission, inscription, orientation, sortie, rupture...)

Gestion coopération

- Ressources humaine** (relations avec les professionnels...)
- Gestion budgétaire et comptable** (facturation...)
- Gestion administrative/dossier de la personne** (accès au dossier, information - communication...)
- Accueil** (visites, téléphone, mails...)
- Qualité sécurité** (respect des droits, expression participation, risque de maltraitance)

Logistique

- Locaux / matériel / maintenance / sécurité**
- Hébergement** (hygiène et propreté, confort...)
- Repas**
- Linge**
- Transports**

Autres (détailler) :

Détailler ci-dessous l'événement, les conséquences et le cas échéant les mesures prises :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Formulaire à transmettre à l'accueil de l'établissement/du service
ou l'envoyer à qualite-risque@adapei65.fr