



VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Cette fiche est à votre disposition pour nous soumettre vos **suggestions, satisfactions ainsi que vos remarques**

DATE :

Déclaration de Suggestion Satisfaction Remarque

Votre message (merci de préciser les faits, la date, l'heure, le lieu, les personnes concernées...)

Vous êtes :
 Une personne accompagnée Une famille, un aidant
 Un partenaire Autre :

Signature :

PERSONNE ACCOMPAGNEE CONCERNEE (si concernée)
 NOM Prénom :

Service : S2A SAR

Si vous souhaitez une réponse, veuillez nous communiquer vos coordonnées.
 Nous nous engageons à vous répondre dans le mois qui suit.

SUIVI DE L'ETABLISSEMENT

Date de réception :

Enregistrement n° :

Date réponse apportée par la Direction :

Signature :

Nom et prénom :

Adresse :

N° de téléphone (facultatif) :

Adresse mail :

Lien avec la personne accompagnée (Si pertinent) :

