

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE :

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Code postal :

Tél. résidence : Tél. bureau :

Cellulaire :

IDENTIFICATION DU PARENT (s'il y a lieu) :

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Code postal :

Tél. résidence : Tél. bureau :

Cellulaire :

PLAINTE (compléter les informations suivantes) :

Nom de l'employé (si pertinent) :

Fonction :

Service

- Médiation
- Consultation victime
- Restitution
- Compensation financière
- Lettre à la victime
- Orientation/référence vers les ressources
- Autre : _____

OBJETS DE LA PLAINTE :

Veillez décrire de façon détaillée les faits, les événements, circonstances ou agissements concernant la plainte.

(Taper votre texte ici)

VOS ATTENTES SUITE À CETTE PLAINTE :

(Taper votre texte ici)

Date :

Signature :

RAPPEL: L'organisme s'engage à traiter votre plainte dans un délai de 30 jours ouvrables dès la réception de la plainte. *Date de réception du formulaire :*

Vous pouvez acheminer votre formulaire par courrier postal, par courriel, par télécopieur ou en personne.

Remettre à l'attention de : Manon Desrochers

Adresse postale : 52 Chemin Larocque, Salaberry-de-Valleyfield, QC. J6T 4A2

Adresse électronique : mdesrochers@justicealternativedusuroit.com

Téléphone : 450-377-1333 ou 1-800-377-3576

Télécopieur : 450-377-4394

Les données recueillies dans ce formulaire demeureront confidentielles