




FMVT Conseils

Organisme de formation

23 rue de la Croix 34080 Montpellier –Tél. 06.84.17.98.76  fmvconseils@gmail.com

FICHE DE SIGNALEMENT

Difficulté – Réclamation – Aléa. [entourer la nature de votre signalement]

Partie réservée FMVT

Code document : FICHE-31

Version : V1

Date : [à compléter]

1. Identification du signalement

- **Date du signalement** :
- **Heure** :
- **Numéro de dossier** :

2. Personne à l'origine du signalement

- **Nom et prénom** :
- **Qualité** :
 - Bénéficiaire / stagiaire
 - Commanditaire
 - Financeur
 - Formateur·rice / intervenant·e
 - Partenaire
 - Autre :
- **Téléphone** :
- **Courriel** :


3. Action ou prestation concernée

- **Intitulé de l'action / formation / accompagnement** :
.....
- **Date(s) concernée(s)** :
.....
- **Lieu / modalité** :
 - Présentiel
 - Distanciel
 - Hybride
 - Autre :
- **Nom du/de la formateur·rice / référent·e** :
.....



FMVT Conseils

Organisme de formation

23 rue de la Croix 34080 Montpellier –Tél. 06.84.17.98.76  fmvconseils@gmail.com

4. Nature du signalement

Le signalement concerne :

- Une difficulté
- Une réclamation
- Un aléa

5. Description des faits

Décrire précisément la situation rencontrée :

.....
.....
.....
.....

6. Date et contexte des faits

- **Date des faits** :
- **Lieu / contexte** :
.....
.....

7. Impact constaté

Quelles conséquences la situation a-t-elle eues sur le déroulement de la prestation ou sur la personne concernée ?

.....
.....
.....

8. Attente exprimée / besoin formulé

Qu'attendez-vous de FMVT Conseils ?

.....
.....
.....


9. Pièces jointes éventuelles

- Courriel
- Capture d'écran
- Document administratif



FMVT Conseils

Organisme de formation

23 rue de la Croix 34080 Montpellier – Tél. 06.84.17.98.76  fmvconseils@gmail.com

- Attestation
- Autre :

Liste des pièces jointes :

.....
.....

Partie réservée à FMVT Conseils

10. Réception du signalement

- **Signalement reçu le :**
- **Par :**
 - Courriel
 - Téléphone
 - Entretien
 - Formulaire
 - Autre :
- **Personne ayant réceptionné le signalement :**
.....

11. Qualification initiale

- **Catégorie retenue :**
 - Difficulté
 - Réclamation
 - Aléa
- **Niveau de criticité :**
 - Niveau 1 – simple
 - Niveau 2 – significatif
 - Niveau 3 – sensible / critique


12. Référent·e en charge du traitement

- **Nom et fonction :**
THERAIN Valérie, présidente de FMVT Conseils, formatrice de l'action de formation.



FMVT Conseils

Organisme de formation

23 rue de la Croix 34080 Montpellier –Tél. 06.84.17.98.76  fmvconseils@gmail.com

13. Actions décidées / traitement engagé

.....
.....
.....
.....

14. Suivi

- **Accusé de réception envoyé le :**
- **Réponse apportée le :**
- **Statut du dossier :**
 - En cours
 - Clôturé

15. Clôture

- **Date de clôture :**
- **Décision / solution retenue :**

.....
.....
.....
- **Suites à donner en amélioration continue :**

.....
.....