

N°

**De quoi s'agit-il ?**

- Suggestion d'amélioration       Non-conformité d'une action       Réclamation       Autre  
 Documents nationaux       Problème stagiaires

Nom, date et lieu de l'action (le cas échéant) :

---

---

**Que proposez-vous ?**

---

---

---

---

**Qui êtes-vous ?**

- Stagiaire d'une formation       Partenaire local       Partenaire institutionnel       Autres : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom et coordonnées : \_\_\_\_\_

Date d'émission :    /    /

Merci de transmettre ce document à Marie BETBEZE à l'adresse [contact@runmov974.com](mailto:contact@runmov974.com)

**Description du traitement à apporter :**

---

---

---

---

Auteur du traitement : \_\_\_\_\_

en date du :    /    /

Suivi du traitement le :    /    /

Traité

non traité

Y a-t-il besoin d'une action corrective ?  non       oui,  
description : \_\_\_\_\_

Fiche clôturée le    /    /      par \_\_\_\_\_      Signature :