Fiche réclamation n°

Date :

Déclarant
Prénom NOM : ……
Téléphone : ……
Courriel : ……
Statut : ☐ Bénéficiaire ☐ Entreprise ☐ Prestataire ☐ Personnel CMA ☐ Financeur ☐ Intervenant externe ☐ Prescripteur
Objet Réclamation
Réponse apportée *(sous 8 jours)*
Date :

Fiche à déposer à l'accueil du CFA ou à envoyer par courrier à l'adresse suivante : ESCAM 25ter rue du Cardinal Richaud – 33300 Bordeaux.