

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_ et heure \_\_h\_\_ de l'évènement

Nom Prénom du déclarant : \_\_\_\_\_

Nom Prénom de la personne concerné : \_\_\_\_\_

Adresse du déclarant : \_\_\_\_\_

Etablissement concerné par la plainte : \_\_\_\_\_

**Motif de la réclamation :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Prise en soin médicale       | <input type="radio"/> Accueil                       |
| <input type="radio"/> Prise en soin accompagnement | <input type="radio"/> Restauration, Alimentation    |
| <input type="radio"/> Relation avec le personnel   | <input type="radio"/> Logistique, Hôtellerie        |
| <input type="radio"/> Information                  | <input type="radio"/> Promiscuité, bruit, tabagisme |
| <input type="radio"/> Accompagnement de fin de vie | <input type="radio"/> Confort, propreté des locaux  |
| <input type="radio"/> Maltraitance                 | <input type="radio"/> Transports                    |
| <input type="radio"/> Accès aux soins              | <input type="radio"/> Autre                         |

**Description** (*relatez précisément ce qui s'est passé, le nom éventuellement des personnes impliquées et des témoins éventuels. Vous pouvez joindre des photos si vous en avez*):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Merci de bien vouloir déposer ce formulaire sous pli au secrétariat de l'établissement ou de l'envoyer à l'adresse suivante :**

Direction Générale  
Association ADIMC  
Avenue François Mitterrand  
72000 LE MANS

Ou par mail : [adimc72@adimc72.org](mailto:adimc72@adimc72.org)