

EXPOSÉ DES FAITS

RÉSULTATS ATTENDUS

Date : _____ **Signature de l'auteur de la plainte :** _____

Date de réception _____ **Signature du Commissaire locale :** _____

SUIVI DE LA PLAINTÉ

Plainte non recevable : motifs :

Plainte recevable : échéance : _____ (45 jours)

Plainte transmise au médecin examinateur : _____ Date : _____

Date de fermeture du dossier : _____

--