



FORMULAIRE DE RECLAMATION

Bénéficiaire / Client / Commanditaire

CAPTURE COMPETENCE

Organisme d'accompagnement professionnel

433 rue Michel Montaigne – 97440 Saint-André – La Réunion

 capture.competence@gmail.com

 <https://www.capture-competence.com>

1. IDENTITÉ DU RÉCLAMANT

Personne physique

Nom :

Prénom :

Personne morale / Organisation

Dénomination sociale :

N° SIREN :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse e-mail :

1

2. DISPOSITIF OU ACCOMPAGNEMENT CONCERNÉ

Intitulé du dispositif / accompagnement :

Bilan de compétences

Accompagnement VAE

Accompagnement hors champ de la formation professionnelle

Autre (préciser) :

Période ou date(s) concernée(s) :

Référence du contrat / convention / devis / accompagnement (si applicable) :

.....

3. OBJET DE LA RÉCLAMATION



Merci de décrire de manière factuelle la situation faisant l'objet de votre réclamation (faits, contexte, éléments précis).

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

4. DÉMARCHE PRÉALABLE (le cas échéant)

Avez-vous déjà signalé cette difficulté ou ce désaccord dans le cadre de l'accompagnement ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle occasion et sous quelle forme (échange, entretien, courriel) ?

.....

5. DATE ET SIGNATURE

2

Date de la réclamation : / /

Signature du réclamant :

Nom, prénom :

6. CADRE DE TRAITEMENT DE LA RÉCLAMATION

(à l'attention du réclamant – information)

- Toute réclamation fait l'objet d'un **accusé de réception dans un délai de 72 heures ouvrées**.
- La réclamation est **analysée de manière tracée et argumentée**.
- Une réponse écrite est apportée dans un **délai raisonnable**, en fonction de la complexité de la situation.
- Les données transmises sont traitées de manière **confidentielle**, conformément au RGPD.

7. CADRE RÉSERVÉ À CAPTURE COMPÉTENCE



Date de réception : / /

Référence du dossier de réclamation :

Personne en charge du traitement :

Document mis à jour : 28/12/2025

Ce formulaire est intégré au dispositif qualité de CAPTURE COMPETENCE.