CENTRE D'AIDE AUX VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

Formulaire de plainte

Coordonnées du client

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Indiquez l'employé ou le point de service concerné : _____

Indiquez le service au sujet du quel vous formulez un commentaire ou une plainte :

Accueil :	❑	Assistance technique :	❑
Accompagnement à la cour :	❑	Information sur les droits et recours :	❑
Intervention individuelle :	❑	Autre :	❑

Commentaires ❑ **Plainte** ❑

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CENTRE D'AIDE AUX VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

Signature

Date

Faire parvenir à :
Direction – **CONFIDENTIEL**
CAVAC de la région de l'Estrie
230, King Ouest, bureau 300
Sherbrooke Qc J1H 1P9