

Formulaire de dénonciation d'actes

D'INTIMIDATION et de VIOLENCE

Date :

IDENTIFICATION DU PLAIGNANT

Nom :

Prénom :

Programme de formation :

Téléphone :

Adresse courriel :

Vous êtes une victime

Vous êtes un témoin

INFORMATIONS PERTINENTES

Date de l'événement :

Lieu de l'événement :

Nom(s) et prénom(s) du/des témoin(s), s'il y a lieu :



CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Samuel-De Champlain



DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Nous communiquerons avec vous de manière confidentielle pour obtenir plus d'informations.

SVP, retournez ce formulaire à l'adresse suivante : cfpsc.info@cssps.gouv.qc.ca

Formulaire de dénonciation d'actes

D'INTIMIDATION
et de **VIOLENCE**



CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Samuel-De Champlain

