



PLAINTÉ D'INSATISFACTION

À l'égard du service rendu aux personnes victimes

Pour compléter le formulaire :

1. enregistrez d'abord le formulaire vierge sur votre ordinateur;
2. remplissez les champs requis et sauvegardez;
3. retournez-le par courriel, en pièce jointe à k.bazinet@mirabel.ca.

DATE DE RÉCEPTION DE LA PLAINTÉ

(RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

IDENTIFICATION - PLAIGNANT

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse		Plaignant mineur Oui Non
Ville	Code postal	Téléphone
Courriel	Téléphone	

PERSONNE(S) FAISANT L'OBJET DE LA PLAINTÉ - Brève description physique, si nom(s) inconnu(s)

1- Nom	Matricule
2- Nom	Matricule
3- Nom	Matricule

ÉVÉNEMENT À L'ORIGINE DE LA PLAINTÉ

Le délai pour déposer une plainté d'insatisfaction est de 6 mois. Une plainté déposée au-delà du délai prescrit ne pourra être considérée.

Date	Heure	Numéro d'événement ou référence (Si connu)
Lieu de l'événement – Adresse complète, si possible, intersection ou référence populaire		

OBJET DE LA PLAINTÉ

Résumez brièvement l'événement en cause et décrivez précisément les paroles, actes, omissions et reproches. Rapportez la situation telle qu'elle s'est déroulée et telle que vous l'avez vécue. Décrivez également en quoi vous vous êtes senti lésé lors de l'événement reproché, et quel résultat vous auriez souhaité obtenir.

Suite au verso

Suite

Si des pages supplémentaires sont nécessaires pour compléter votre rédaction, indiquez vos nom et prénom en haut des pages supplémentaires avant de poursuivre votre rédaction.

SIGNATURE

Signature du plaignant

Ville

Date

Le gestionnaire de la division de chacun des employés faisant l'objet de la plainte d'insatisfaction procédera à son analyse et en déterminera l'issue. Par la suite, vous serez contacté par courriel ou par téléphone, et ce, à la discrétion du gestionnaire concerné.

Le délai habituel de traitement des plaintes est de 30 jours ouvrables maximum, à moins de circonstances particulières hors de notre contrôle.

Section réservée à l'administration du Service de police de Mirabel

IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE RESPONSABLE

Nom, prénom

Division

Nature de la plainte

Commentaires :

Issue de la plainte

Prise en charge supérieure requise Oui Non

Suivi au plaignant Courriel Appel Date :

Signature du gestionnaire

Date

Délai de traitement : _____ jours Statistiques :