

# FICHE DE RECLAMATION

**DEPOT DE LA RECLAMATION**

Date et heure : .....

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE  
S'ESTIMANT VICTIME D'UN PREJUDICE**

**IDENTIFICATION DU DECLARANT  
(à remplir si le déclarant agit pour le compte d'autrui)**

Nom et prénom(s) : .....

Nom et prénom(s) : .....

Adresse personnelle : .....

Adresse personnelle : .....

Lieu d'hospitalisation (*service, n° de chambre et/ou de lit ou lieu d'accueil dans l'établissement*) :

Lieu avec la personne s'estimant victime d'un préjudice :

**OBJET DE LA RECLAMATION**

Date(s) et heure(s) des faits : .....

Lieux des faits : .....

Personne(s) éventuellement concernée(s) : .....

Circonstances exactes : .....

Je soussigné(e), certifié sincère et véritable, la présente déclaration dont une copie m'a été immédiatement délivrée.

Signature :

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RECEVANT LA RECLAMATION (nom, prénom et qualité) :**

.....