THÉRAPIE HYPNOSE 11	**Fiche difficulté / réclamation / aléa / amélioration** **Version 1 du 18/02/2026 au 18/02/2029** **Version 2 du 15/11/2026 au 18/02/2029**

EI PATRICK LAURENCE | FORMATION CONTINUE POUR ADULTES

FICHE DE SIGNALEMENT ET DE SUIVI

Difficulté • Réclamation • Aléa • Amélioration • Non-conformité

1 | INFORMATIONS SUR LE DÉCLARANT ET LE SIGNALEMENT

N° de fiche (réservé à l'organisme) :	**Date de déclaration :**
Nom / prénom du déclarant :	**Qualité / structure :**
Vous êtes : ☐ Stagiaire ☐ Client / entreprise ☐ Formateur ☐ Autre :	
Adresse e-mail :	**Téléphone :**
Formation concernée :	**Formateur référent :**
Date / période de la formation :	**Lieu ou modalité (présentiel / distance) :**
Nature du signalement (plusieurs choix possibles) : ☐ Réclamation ☐ Difficulté ☐ Aléa ☐ Proposition d'amélioration ☐ Non-conformité	
Situation : ☐ Réelle / constatée ☐ Potentielle / risque	
Domaine concerné (plusieurs choix possibles) : ☐ Organisation / logistique ☐ Contenu pédagogique ☐ Relation formateur / stagiaire ☐ Accessibilité / matériel ☐ Autre :	
Résumé de la difficulté, de la réclamation, de l'aléa ou de la proposition *Décrivez les faits ou l'amélioration souhaitée.*	

PARTIE A — DÉCLARATION (SUITE)

2 | DESCRIPTION DÉTAILLÉE, CONSÉQUENCES ET ATTENTES

Description détaillée de la situation *Contexte, date des faits, personnes ou éléments concernés, circonstances.*

Impact constaté ou risque identifié *Conséquences sur le déroulement de la formation, les participants ou les prestations.*

Attente du déclarant *Quelle réponse, amélioration ou solution souhaitez-vous obtenir ?*

Pièces jointes ou éléments utiles (facultatif):

Date : **Signature (facultative) :**

THÉRAPIE HYPNOSE 11	**Fiche difficulté / réclamation / aléa / amélioration** **Version 1 du 18/02/2026 au 18/02/2029** **Version 2 du 15/11/2026 au 18/02/2029**

PARTIE B — TRAITEMENT INTERNE (RÉSERVÉ À L'ORGANISME)

3 | ENREGISTREMENT, ANALYSE, ACTIONS ET SUIVI

N° d'enregistrement :	**Date de réception :**
Reçu par :	**Mode de réception :** ☐ **E-mail** ☐ **Site** ☐ **Oral** ☐ **Courrier**

Analyse du référent qualité *Faits examinés, causes identifiées, éléments vérifiés.*

Niveau de criticité :
☐ Mineure ☐ Majeure ☐ Critique

Actions correctives et/ou préventives proposées *Mesures, personnes concernées, moyens et échéances.*

Responsable de l'action :	**Date prévue de mise en œuvre :**

État du traitement :
☐ À traiter ☐ En cours ☐ En attente ☐ Clôturé

PARTIE B — SUIVI ET CLÔTURE (RÉSERVÉ À L'ORGANISME)

3 | RÉPONSE AU DÉCLARANT ET VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ (SUITE)

Réponse apportée au déclarant *Explication communiquée, solution proposée ou justification.*

Date de transmission de la réponse :	**Mode :** ☐ **E-mail** ☐ **Téléphone** ☐ **Courrier** ☐ **Entretien**

Suivi de la mise en œuvre des actions *Actions réalisées, date effective, éventuels ajustements.*

Date de mise en œuvre effective :	**Responsable du suivi :**

Vérification de l'efficacité des actions *Constat après mise en œuvre et éléments de preuve.*

Résultat de la vérification :

☐ Action efficace ☐ Partiellement efficace ☐ Inefficace — nouvelle action nécessaire

THÉRAPIE HYPNOSE 11	**Fiche difficulté / réclamation / aléa / amélioration** **Version 1 du 18/02/2026 au 18/02/2029** **Version 2 du 15/11/2026 au 18/02/2029**

Efficacité vérifiée le :	**Vérification effectuée par :**
Date de clôture du dossier :	**Visa / signature du responsable :**