

RÉSULTATS ATTENDUS

Date : _____ Signature de l'auteur de la plainte: _____

Date de réception _____ Signature du Commissaire local _____

SUIVI DE LA PLAINTÉ
Plainte non recevable : motifs :
Plainte recevable : échéance : _____ (45 jours)
Plainte transmise au médecin examinateur : _____ Date : _____
Date de fermeture du dossier : _____