

À compléter par l'organisme de justice alternative

Date de réception : \_\_\_\_\_

Formulaire de traitement de plainte Mesures Alternatives des Basses-Laurentides

\*Les renseignements personnels communiqués sont CONFIDENTIELS\*

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_

Tel. Bureau : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PARENT (s'il y a lieu)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_

Tel. Bureau : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

**PLAINTÉ (compléter les informations suivantes)**

Nom de l'employé concerné (si pertinent): \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Service concerné :

- Médiation
- Consultation victime
- Restitution
- Compensation financière
- Lettre à la victime
- Orientation/Référence
- Autre : \_\_\_\_\_

**OBJETS DE LA PLAINTE :**

Veillez décrire de façon détaillée les faits, les événements, circonstances ou agissements concernant la plainte. Au besoin, annexez d'autres pages.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VOS ATTENTES SUITE À CETTE PLAINTE :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RAPPEL:** L'organisme s'engage à traiter votre plainte dans un délai de 30 jours ouvrables dès la réception de la plainte.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Vous pouvez acheminer votre formulaire par courrier postal, courriel, télécopieur ou en personne.

**Remettre à l'attention de :**

Isabelle Maya Désilets, directrice générale

Responsable des plaintes

**Adresse postale :**

209, chemin de la Grande Côte

Boisbriand, Qc

J7G 1B6

**Adresse électronique :** [admin@mabl.ca](mailto:admin@mabl.ca)

**Téléphone :** 450-437-9903 **Télécopieur :** 450-437-8293