

DATE	TYPE	CLIENT / FORMATION CONCERNEE	DESCRIPTION DU PROBLEME	ANALYSE ET ACTION(S) IMMEDIATE(S)	RETOUR FAIT AU CLIENT (sous 30 jours maxi)	VISA DU GERANT	CAUSE(S) IDENTIFIEE(S) APRES ANALYSE	ACTION(S) CORRECTIVE(S)
		Nom et Prénom du client : Formation concernée (intitulé - date- lieu) :			Date: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Courrier Réponse :			
		Nom et Prénom du client : Formation concernée (intitulé - date- lieu) :			Date: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Courrier Réponse :			
		Nom et Prénom du client : Formation concernée (intitulé - date- lieu) :			Date: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Courrier Réponse :			

		Nom et Prénom du client :			Date:			
		Formation concernée (intitulé - date- lieu) :			<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> T			
					<input type="checkbox"/> Courrier			
					Réponse :			