



DEPARTEMENT DE FRANÇAIS LANGUE ÉTRANGÈRE
FLE – EPF / ESTP

FORMULAIRE DE RECLAMATION/DEMANDE
CLAIM FORM/REQUEST

date :

Mon nom : *surname*
Mon prénom : *first name*
Mon école : *my school*
Mon adresse courriel : *my email address*

OBJET DE RECLAMATION/DEMANDE - Motive of the claim. Please, be specific

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Nom du programme :**
program's title
- **Période et l'année académique** (ex. semestre 1, été, 2020/2021...)
term, period, academic year
- **Intitulé du cours, du module :**
Course title or teaching module

Lieu :
place

Date :
day/month/year

Plaignant :
complainant

Signature :

Ce formulaire doit être envoyé à la responsable du département : magali.boutiot@epf.fr - tel : 01 55 52 11 09
This form must be sent to the head of the department

Merci pour vos commentaires – *Thanks for your comments*