



## FORMULAIRE DE GRIEF

Numéro du grief : # \_\_\_\_\_

Type de grief : Individuel \_\_\_\_\_ Collectif \_\_\_\_\_ Syndical \_\_\_\_\_

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

NOM : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

NATURE DU GRIEF : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RÈGLEMENT DÉSIRÉ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACCUSÉ RÉCEPTION : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_