



## *Formulaire de plainte ou de demande auprès de l'ombudsman de Sherbrooke*

---

**Pour obtenir plus de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec nous :**

Téléphone : 819 563-7352

Courriel : [ombudsman@ville.sherbrooke.qc.ca](mailto:ombudsman@ville.sherbrooke.qc.ca)

### **FORMULAIRE DE DEMANDE**

En signant le présent formulaire, je reconnais que le fait de faire appel aux services du Bureau de l'ombudsman de Sherbrooke n'a pas pour effet de suspendre les délais de prescription et de procédure prévus dans les lois et règlements du Québec.

**Identification de la personne, du groupe ou de l'association qui formule la demande  
(renseignements obligatoires).**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Groupe ou association :**

# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



**Arrondissement :**

**Ville :**

**Province :**

**Code postal :**

**Téléphone résidence :**

**Téléphone travail :**

**Télécopieur :**

**Courriel :**



## DESCRIPTION DE LA DEMANDE

1. Nature du problème pour lequel vous demandez une intervention (limite de 400 mots).

# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



2. Pour quelle raison croyez-vous que vous n'avez pas été traité correctement ou que vos droits n'ont pas été respectés (limite de 400 mots)?

# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



3. Précisez les démarches entreprises pour tenter de résoudre ce problème (limite de 400 mots).

# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



4. Nommez les représentants de la Ville de Sherbrooke avec lesquels vous avez traité de ce dossier à ce jour. Précisez leur nom, leur fonction, leur numéro de téléphone et le numéro de dossier le cas échéant (limite de 400 mots).

# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



5. Joindre au formulaire une copie de toute la correspondance et de tous les documents pertinents et en faire la liste ci-dessous (limite de 400 mots).

# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



6. Nommez trois solutions qui seraient acceptables pour vous pour régler votre problématique avec la Ville de Sherbrooke (limite de 400 mots).



# OMBUDSMAN

de Sherbrooke



Les renseignements fournis et les documents annexés au présent formulaire seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux seules personnes autorisées à traiter cette demande.

J'autorise les commissaires et le personnel du bureau de l'ombudsman à prendre connaissance de tous les documents et renseignements me concernant requis à l'étude de ma demande, et à cette fin, communiquer avec toute personne pouvant détenir des renseignements relatifs à ma demande.

Signature

Date

Envoyez le présent formulaire par la poste, à l'adresse suivante :

**Ombudsman de Sherbrooke**  
150, rue Queen, bureau 111  
Sherbrooke (Québec) J1M 1J6