



FORMULAIRE DE GRIEF

Numéro du grief : # _____

Type de grief : Individuel _____ Collectif _____ Syndical _____

Date : _____ - _____ - _____

NOM : _____

EMPLOYEUR : _____

NATURE DU GRIEF : _____

RÈGLEMENT DÉSIRÉ : _____

SIGNATURE : _____

ACCUSÉ RÉCEPTION : _____

DATE : _____ - _____ - _____