

FORMULAIRE DE PLAINTE

IDENTIFICATION

Plaignant (e) :

Nom de famille: _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : Rés. : _____ Travail : _____

Thérapeute :

Nom de famille: _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : Rés. : _____ Travail : _____

Numéro de membre : _____

DEMANDE D'ENQUÊTE

Combien de séances avez-vous reçues?

Avez-vous conservé les reçus des visites? Si oui, êtes-vous en mesure de nous faire parvenir une copie? Sinon, êtes-vous en mesure de préciser les dates des consultations?

Combien d'argent avez-vous versé au thérapeute et quel a été le mode de paiement?

Quels étaient les motifs des consultations?

Ces consultations ont-elles eu lieu à la place d'affaires du thérapeute?

Quels sont les liens qui vous unissent au thérapeute? (Professionnels ou personnels) et expliquez.

Avez-vous déposé une plainte auprès des autorités policières?

Y a-t-il un témoin, ou une personne qui peut témoigner à l'égard des événements rapportés et/ou corroborer les informations que vous signalez à notre attention ? Si oui, pouvez-vous nous indiquer les coordonnées de cette personne?

Nom de famille: _____ Prénom _____
Adresse: _____ Ville: _____
Province _____ Code Postal : _____
Numéro de téléphone : Rés. : _____ Travail : _____

Nom de famille: _____ Prénom _____
Adresse: _____ Ville: _____
Province _____ Code Postal : _____
Numéro de téléphone : Rés. : _____ Travail : _____

Nom de famille: _____ Prénom _____
Adresse: _____ Ville: _____
Province _____ Code Postal : _____
Numéro de téléphone : Rés. : _____ Travail : _____

En plus du questionnaire, veuillez nous indiquer toutes les circonstances se rattachant à la plainte formulée à l'encontre du thérapeute.

N'oubliez pas d'y inclure tout supplément d'information jugé pertinent pour compléter l'enquête.

DÉCLARATION SOLENNELLE

Par la présente, je, soussigné, _____, certifie que toutes et chacune des déclarations ci-dessus stipulées sont véridiques et complètes.

Je m'engage, par les présentes, à collaborer avec les instances au mieux de ma connaissance.

J'autorise également par la présente le préfet de discipline ou le préfet de discipline adjoint et les membres du conseil d'administration de Mon Réseau Plus, Association professionnelle des Massothérapeutes spécialisés du Québec à prendre connaissance des renseignements personnels ainsi que des faits contenus dans le présent formulaire de plainte afin que le processus d'enquête suive son cours.

Signature du plaignant. : _____

Assermentée devant moi

à _____, le _____

Commissaire à l'assermentation pour le
district de _____