



# Formulaire de plainte

(Veuillez compléter ce formulaire en lettres moulées)

## 1. Plaignant

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél rés : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél bur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ autre : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 2. Massothérapeute en cause

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de membre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél rés : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél bur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 3. Toute autre information pertinente concernant le massothérapeute en cause

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**5. Lieu et date du traitement concernant cette plainte**

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
          jour            mois            année

**6. S'il s'agit de plus d'un traitement veuillez indiquer les lieux et les dates**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Quelle était la nature de la consultation en cause?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**13. Est-ce qu'il y a des témoins pouvant corroborer vos affirmations?**

Dans l'affirmative, nous autorisez-vous à les contacter?

Oui :

Non :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de membre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél rés : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél bur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de membre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél rés : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél bur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de membre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél rés : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél bur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**14. Quel mode de paiement avez-vous utilisé pour la consultation en cause?**

Comptant :

Carte de crédit :

Carte de débit :

Autre :  \_\_\_\_\_

**15. Avez-vous gardé les recus?**

Oui :  veuillez fournir des photocopies

Non :  veuillez expliquer la raison

---

---

---

---

**16. Avez-vous porté plainte auprès des autorités policières?**

Oui :

Non :  veuillez expliquer la raison

---

---

---

---

---





**Association des massothérapeutes du Québec AMQ®**  
**2229, boulevard Louis XIV Québec QC G1C 1A1**

## Déclaration solennelle

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

(occupation) \_\_\_\_\_

demeurant et domicilié(e) au \_\_\_\_\_

affirme que toutes les déclarations ci-haut mentionnées ainsi que les documents fournis sont complets et vraies au meilleur de ma connaissance.

Et j'ai signé,

\_\_\_\_\_

**Cette section doit être complétée par le Commissaire aux serments**

Déclaré solennellement devant moi à \_\_\_\_\_

province de \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Commissaire à l'assermentation