

# Formulaire de plainte



Il importe que vous complétiez le formulaire de plainte et que vous vérifiez que le massothérapeute soit bien membre de l'AMQ<sup>®</sup> afin que l'association entame une procédure officielle. À cet effet, le formulaire :

- Peut être complété à la main en lettres moulées ou à l'ordinateur;
- Doit être, à la dernière page, assermenté par un commissaire aux serments pour des raisons légales;
- Doit être accompagné de toute preuve relative à la plainte (ex.: reçu, photo, courriel, etc.);
- Doit être envoyé par la poste au siège social de l'AMQ<sup>®</sup>, soit au 2229, Boulevard Louis-XIV Québec, QC G1C 1A1.

## 1. PLAIGNANT

Prénom :

Nom :

Adresse de domicile :

Téléphone domicile :  -    -    -     Poste :

Téléphone affaires :  -    -    -     Poste :

Téléphone autre :  -    -    -     Poste :

## 2. MASSOTHÉRAPEUTE EN CAUSE

Prénom :

Nom :

N° de membre :   -

Adresse de travail :

Téléphone domicile :  -    -    -     Poste :

Téléphone affaires :  -    -    -     Poste :

Téléphone autre :  -    -    -     Poste :

# Formulaire de plainte



### 3. TOUTE AUTRE INFORMATION PERTINENTE CONCERNANT LE MASSOTHÉRAPEUTE EN CAUSE


### 4. RAISON DE LA PLAINTE




## 5. LIEU ET DATE DU TRAITEMENT CONCERNANT CETTE PLAINTE

Adresse :

Date :

  /   /    

## 6. S'IL S'AGIT DE PLUS D'UN TRAITEMENT, VEUILLEZ INDIQUER LES LIEUX ET LES DATES

Adresse :

Date :

  /   /    

Adresse :

Date :

  /   /    

Adresse :

Date :

  /   /    

## 7. QUELLE ÉTAIT LA NATURE DE LA CONSULTATION EN CAUSE?


## 8. QUELLES TECHNIQUES DE MASSAGE AVEZ-VOUS REÇUES LORS DU TRAITEMENT EN CAUSE?

---


## 9. DEPUIS QUELLE DATE CONNAISSEZ-VOUS LE MASSOTHÉRAPEUTE EN CAUSE?

- Date réelle :      

J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Date approximative :

## 10. QUELS SONT LES LIENS ENTRE LE MASSOTHÉRAPEUTE EN CAUSE ET VOUS?

---


## 11. COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE MASSOTHÉRAPEUTE EN CAUSE?

- Par une référence     Suite à une publicité     Recherche personnelle    

--

## 12. AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN TRAITEMENT DE MASSOTHÉRAPIE AUPARAVANT?

- Non
- Oui : de quelles techniques de massage s'agissait-il?

---


# Formulaire de plainte



## 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 :

Adresse :

Téléphone domicile :  -    -    -     Poste :

Téléphone affaires :  -    -    -     Poste :

Téléphone autre :  -    -    -     Poste :

Prénom :

Nom :

Adresse :

Téléphone domicile :  -    -    -     Poste :

Téléphone affaires :  -    -    -     Poste :

Téléphone autre :  -    -    -     Poste :

Prénom :

Nom :

Adresse :

Téléphone domicile :  -    -    -     Poste :

Téléphone affaires :  -    -    -     Poste :

Téléphone autre :  -    -    -     Poste :

## 14. QUEL MODE DE PAIEMENT AVEZ-VOUS UTILISÉ POUR LA CONSULTATION EN CAUSE?

- Comptant     Carte de crédit     Carte de débit

## 15. AVEZ-VOUS GARDÉ LES REÇUS?

- Oui : veuillez fournir des photocopies.  
 Non : veuillez expliquer la raison.


## 16. AVEZ-VOUS PORTÉ PLAINTÉ AUPRÈS DES AUTORITÉS POLICIÈRES?

- Oui  
 Non : veuillez expliquer la raison.






# Formulaire de plainte



## 18. 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 vrais au meilleur de ma connaissance.

Et j'ai signé,

\_\_\_\_\_

## 19. 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