

# Formulaire de plainte



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

## Identification - Plaignant(e)

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_  
No., rue, appartement, casier postal et code postal

\_\_\_\_\_  
Ville et province

## Identification - Thérapeute

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro du membre : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_  
No., rue, appartement, casier postal et code postal

\_\_\_\_\_  
Ville et province

# Formulaire de plainte



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

## 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.

# Formulaire de plainte



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

## Demande d'enquête

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?

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

No., rue, appartement, casier postal et code postal

\_\_\_\_\_  
Ville et province

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

No., rue, appartement, casier postal et code postal

\_\_\_\_\_  
Ville et province

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

No., rue, appartement, casier postal et code postal

\_\_\_\_\_  
Ville et province

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.

# Formulaire de plainte



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

## Demande d'enquête

# Formulaire de plainte



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

## Déclaration solennelle

J'autorise également par la présente le préfet de discipline ou le préfet de discipline adjoint et les membres du conseil d'administration du Réseau des massothérapeutes professionnels 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.

Je soussigné \_\_\_\_\_, affirme que les renseignements fournis sont vrais au meilleur de ma connaissance. Je m'engage à collaborer, à témoigner et à fournir tous les renseignements, documents ou autres informations nécessaires à l'enquête, et ce, jusqu'à la fermeture du dossier.

Signature du plaignant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_