



Rapport de plainte à l'endroit d'un/e membre ACAM

Si vous avez une plainte ou une insatisfaction envers l'un/e des membres de l'Association can-américain des massothérapeutes, veuillez remplir le formulaire suivant et l'envoyer par la poste par courrier certifié au Comité de discipline à l'adresse au bas de la page.

Votre plainte doit être envoyée à nos bureaux par courrier recommandé et votre document doit être signé, daté, et vous devez nous fournir vos coordonnées.

Vous pouvez utiliser le formulaire ci-joint pour vous aider à formuler votre plainte.

Si les circonstances s'y prêtent et que vous êtes capable de communiquer avec votre thérapeute par voie écrite en premier lieu, nous vous suggérons de le faire, afin que vous obteniez son opinion à l'égard du litige pour lequel vous remplissez le présent formulaire. Sinon, veuillez nous envoyer le formulaire.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PLAIGNANT

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Langue(s) d'usage : _____

tél. affaires: (____): _____ # résidence: (____) _____

fax.: (____) _____ E-mail: _____

tél. cellulaire (____): _____

Si vous remplissez le présent formulaire pour un tiers, veuillez remplir la section suivante en indiquant votre lien avec l'utilisateur des services reçus faisant l'objet du rapport.

LIEN AVEC LE PLAIGNANT _____

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Langue(s) d'usage : _____

tél. affaires: (____): _____ # résidence: (____) _____

fax.: (____) _____ E-mail: _____

tél. cellulaire (____): _____



MEMBRE DE L'ACAM POUR LEQUEL VOUS SOUMETTEZ CE RAPPORT

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

tél. affaires: (____): _____ # résidence: (____) _____

fax.: (____) _____ E-mail: _____

Site internet : _____

tél. cellulaire (____): _____

DATE OU DATES DES CONSULTATIONS

_____	_____
_____	_____
_____	_____

VEUILLEZ DÉCRIRE LA RAISON DE VOTRE PLAINTE Par exemple, soins reçus non adéquats, ne répond pas aux attentes, différend monétaire, (vous pouvez joindre un document additionnel dans votre envoi si vous n'avez pas assez de place sur le formulaire).

VEUILLEZ DÉCRIRE LA MEILLEURE SOLUTION, À VOTRE AVIS, POUR RÉGLER CE LITIGE.

DANS VOTRE DÉMARCHE, QUI AVEZ-VOUS CONTACTÉ ? (thérapeute, association, avocat, autre).

Veillez joindre au présent document des copies de tous documents pouvant nous aider à traiter votre dossier (reçus, propositions, suggestions, contrats, bilans, etc.).

Date: _____ Signature: _____