



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

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

Si vous avez une plainte ou une insatisfaction envers l'un/e des membres de l'Association nationale des massothérapeutes, veuillez remplir le formulaire suivant et le faire parvenir au Comité de discipline à l'adresse au bas de la page.

Votre plainte doit être envoyée à nos bureaux par courrier recommandé ou par courriel 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: _____

Cell. (____): _____ # Résidence: (____) _____

Courriel: _____

**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.
Également spécifier pourquoi le plaignant ne remplit pas le formulaire lui-même.**

LIEN AVEC LE PLAIGNANT _____

Raison pour laquelle le formulaire n'est pas rempli par le plaignant: _____

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Langue(s) d'usage: _____

Cell. (____): _____ # Résidence: (____) _____

Courriel: _____



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

MEMBRE DE L'ASSOCIATION POUR LEQUEL VOUS SOUMETTEZ CE RAPPORT

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Langue(s) d'usage: _____

Cell. (____): _____ # Résidence: (____) _____

Courriel: _____

Site internet : _____

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: _____