

Formulaire de plainte – renseignements confidentiels

Nom et prénom du/de la **massothérapeute** :

Date(s) du(des) soins :

Raison de la consultation :

Lieu :

Objet de la plainte :

Description des faits :

Copie du reçu pour assurance

Nom et prénom du/de la plaignant(e) _____

Déclaration signée par _____ en date du _____

Numéro de téléphone : () _____

Anonyme



**Association des massothérapeutes et/ou
thérapeutes en massage et drainage lymphatique**
6742, rue St-Denis Montréal (Québec) H2S 2S2