Association Québécoise des Ostéopathes

AU SERVICE DES QUÉBÉCOIS DEPUIS 2000

FORMULAIRE DE PLAINTE

Ce formulaire vous permet de soumettre une plainte concernant un membre de l'AQO

VOS COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PLAINTE

1. Veuillez ajouter le nom et les coordonnées de l'ostéopathe

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'entreprise où le soin a eu lieu : _____

Adresse de l'entreprise où le soin a eu lieu: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

2. L'INCIDENT - Veuillez fournir des détails concernant l'incident que vous souhaitez signaler.

Quelle est la nature de votre plainte ?

❍ Compétence
❍ Conduite
❍ Autre : _____

3. DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Veuillez décrire l'incident ou les incidents qui ont conduit à vos préoccupations concernant l'ostéopathe, y compris quand et où l'incident ou les incidents se sont produits. *(Au besoin, utilisez les pages lignées en fin de document pour compléter votre réponse)*

RENSEIGNEMENTS SUR LA PLAINTE *(suite)*

4. RENSEIGNEMENTS SUR LES TÉMOINS

Veuillez fournir les noms et les coordonnées de toute personne ayant été témoin de l'incident ou pouvant avoir des informations pertinentes à ce sujet. *(Au besoin, utilisez les pages lignées en fin de document pour compléter votre réponse)*

5. ACTIONS ENTREPRISES À CE JOUR

Veuillez décrire les actions que vous avez entreprises pour tenter de résoudre la situation qui vous préoccupe, y compris le(s) nom(s) des personnes que vous avez contactées et décrire les actions de ces personnes. *(Au besoin, utilisez les pages lignées en fin de document pour compléter votre réponse)*

RENSEIGNEMENTS SUR LA PLAINTE *(suite)*

Avez-vous signalé l'incident à une autre organisation ?

❍ Non

❍ Oui - Veuillez nommer : _____

L'incident a-t-il été signalé à la police ?

❍ Non

❍ Oui

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, cette organisation a-t-elle pris des mesures concernant la plainte et rendu une décision ?

❍ Non

❍ Oui - Fournir des détails : _____

6. VOTRE RÉSULTAT SOUHAITÉ

Veuillez décrire le résultat souhaité. *(Au besoin, utilisez les pages lignées en fin de document pour compléter votre réponse)*

AUTORISATIONS DE LA PERSONNE QUI SOUMET UNE PLAINTE

J'accepte ce qui suit :

❍ Je donne la permission à un représentant de l'Association québécoise des ostéopathes (AQO) de communiquer avec moi ainsi qu'avec les témoins/observateurs de l'incident, et de fournir à l'ostéopathe concerné - s'il est membre actif de l'AQO - ce formulaire complété.

❍ L'AQO est autorisée à partager - au besoin - le formulaire complété avec toute autre organisation pertinente.

❍ J'autorise l'AQO à obtenir une copie de mon dossier auprès de l'ostéopathe concerné.

Date de la plainte : _____ Signature : _____

COMPLÉMENT D'INFORMATION

❍ **Complément de ma réponse pour la question :** _____

COMPLÉMENT D'INFORMATION

❍ **Complément de ma réponse pour la question :** _____