

**FORMULAIRE DE PLAINTE**

Veuillez remplir le formulaire ci-dessous afin de formuler votre plainte à l’égard d’un ou de plusieurs services du Centre pour les victimes d’agression sexuelle de Montréal.

Vous pouvez acheminer votre formulaire complété en fichier joint par courriel à [plaintes@cvasm.ca](mailto:plaintes@cvasm.ca) avec l’objet : Direction-plainte-confidentiel.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées de la personne plaignante** | | | | | | |
| Vos coordonnées resteront confidentielles. Nous les utiliserons pour faire le suivi de votre plainte. | | | | | | |
| Prénom | | |  | | | |
| Nom | | |  | | | |
| Adresse (no civique, rue, no d’appartement) | | |  | | | |
|  | | | |
| Ville | | |  | | | |
| Province | | |  | | Code postal |  |
| Téléphone | | |  | | | |
| Courriel | | |  | | | |
| Si vous avez une préférence de moyen de communication (par ex., téléphone), veuillez indiquer lequel ici : | | | |  | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Objet de la plainte** | | | | | | |
| Veuillez indiquer le ou les services visé(s) par la plainte en écrivant un X dans la case. | | | | | | |
|  |  | Intervention médicosociale | | | | |
|  |  | Suivi clinique individuel | | | | |
|  |  | Info-aide violence sexuelle | | | | |
| Veuillez décrire les faits (date, lieux, circonstances, etc.) à l’origine de votre plainte. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Date : | | |  | | | |
| Écrire votre nom en guise de signature : | | |  | | | |