****

SIGNALEMENT MALTRAITANCE

**Les renseignements communiqués sont** **CONFIDENTIELS. Si vous souhaitez conserver l’anonymat, veuillez ne pas remplir la section 4 du présent formulaire.**

**Étape 1 de 4 - Identification de la personne présumée maltraitée**

|  |
| --- |
| Prénom et nom |
| Adresse  Ville Code postal |

**Étape 2 de 4 - Identification de la personne présumée maltraitante**

|  |
| --- |
| Prénom et nom |
| Lien avec l’usager |

**Étape 3 de 4 – Description de la situation (date, lieu, événement, etc.)**

|  |
| --- |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

**Étape 4 de 4 – Identification de la personne qui fait le signalement**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom | |
| Lien avec l’usager | |
| Numéro de téléphone | Courriel |

**N.B. Si vous êtes un employé du réseau de la santé et des services sociaux, veuillez remplir la section suivante :**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom de votre supérieur immédiat | |
| Numéro de téléphone |  |
| Votre supérieur immédiat a-t-il été informé de ce signalement? Oui Non | |

Faire parvenir votre formulaire à l’adresse courriel suivante :

[**commissaire.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:commissaire.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca)