

**PROGRAMME UNE PERSONNE, UN TARIF****INFORMATIONS SUR LE PASSAGER**

Nom de famille	<input type="text"/>	Date de départ	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Date de retour	<input type="text"/>
Aéroport de départ	<input type="text"/>	No. de réservation	<input type="text"/>
Aéroport d'arrivée	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Adresse courriel	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
J'autorise Air Transat à conserver ces informations électroniquement pendant 3 ans : OUI NON		Signature du passager	<input type="text"/>

Les passagers suivants sont pré-approuvés pour le programme *Une personne, un tarif* :

- 1 Une personne présentant un handicap et bénéficiant du programme *Personne de soutien* d'Air Transat
- 2 Une personne présentant un handicap visuel et détenant une carte INCA valide

Tout autre passager doit faire approuver la page 2 de ce formulaire.

**Veillez transmettre ce formulaire à request@airtransat.com au moment de réserver
Veillez présenter une copie imprimée de ce formulaire à chaque aéroport de départ**

PROGRAMME UNE PERSONNE, UN TARIF**INFORMATIONS MÉDICALES**

Ce formulaire doit être rempli par le médecin du passager. Il peut être transmis au moment de la réservation ou au plus tard 48 heures avant le départ. Vous ne pouvez soumettre une lettre séparée que si elle comprend toutes les informations ci-dessous, est sur papier à en-tête et comporte la signature du médecin. Si le passager a reçu la confirmation qu'il peut être accompagné d'une personne de soutien, il est alors automatiquement approuvé pour le programme *Une personne, un tarif* sur les liaisons éligibles.

À remplir par le médecinNom de famille du passager Prénom du passager **Cochez tout ce qui s'applique :**Je suis le médecin traitant du passager nommé ci-dessus. Je confirme que le passager, en raison de son handicap, nécessite la présence d'une personne de soutien dans l'avion afin de lui fournir de l'assistance en matière de : _____ Je confirme que le passager souffre d'un handicap auditif et nécessite la présence d'un interprète. Je confirme que le passager, en raison de son handicap, nécessite de l'espace supplémentaire pour : _____ Je confirme que le passager, en raison d'une forte corpulence, est handicapé et nécessite un siège additionnel. poids en kg _____ taille en cm _____ Mesure de la surface assise à partir du point le plus large _____ cm ou _____ po
poids en lbs _____ taille en pi _____Comme il s'agit d'un état stationnaire, j'autorise Air Transat à conserver cette approbation pour une période allant jusqu'à 3 ans à partir de cette date. Nom de l'établissement Signature

**Veillez transmettre ce formulaire à request@airtransat.com au moment de réserver
Veillez présenter une copie imprimée de ce formulaire à chaque aéroport de départ**