

**REQUÊTE DE TRANSPORT - PERSONNE DE SOUTIEN****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"/>

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

REQUÊTE DE TRANSPORT - PERSONNE DE SOUTIEN**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. L'approbation ou l'exigence d'Air Transat de voyager avec une personne de soutien sert de preuve d'éligibilité au programme *Une personne, un tarif*.

À remplir par le médecin

Nom 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 a besoin d'assistance lorsqu'il prend l'avion pour manger, prendre ses médicaments ou utiliser les toilettes.

Je confirme que le passager a besoin d'assistance au transfert vers et depuis son siège.

Je confirme que le passager a besoin d'assistance pour boucler sa ceinture de sécurité et qu'il a besoin d'assistance pour enfiler un masque à oxygène ou pour évacuer l'avion en cas d'urgence.

Je confirme que le passager a besoin d'assistance à l'orientation ou à la communication.

Je confirme que le passager est incapable de comprendre ou de réagir aux consignes de sécurité de l'équipage en raison d'un handicap mental ou cognitif.☒

Je confirme que le passager est incapable de communiquer avec l'équipage afin de recevoir des informations ou des directives d'évacuation en raison de déficiences auditives et/ou visuelles.

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**