Réinitialiser

DEMANDE DE TRANSPORT D'AIDES À LA MOBILITÉ ET D'AIDE AUX DÉPLACEMENTS À AIR TRANSAT

Merci d'avoir choisi Air Transat.

Avant de prendre l'avion, veuillez nous fournir des renseignements relatifs à votre aide à la mobilité et à la manière dont nous pouvons mieux vous aider pendant votre voyage.

Nom de famille du passager		Date de départ	
Prénom		Date du vol de retour	
Aéroport de départ		Numéro de réservation	
Aéroport d'arrivée		Téléphone (+ indicatif régional)	
Courriel		Préférence	Faites une sélection

Type d'aide à mobilité	Faites une sélection	Type de batterie	Faites une sélection
(si autre, veuillez spécifier)		(si autre, veuillez spécifier)	
Interrupteur à clé?	Oui ☐ Non ☐	* Pour les batteries au lithium :	
		Sont-elles des batteries de rechange?	
		Quelle est la consommation d'énergie?	
		La batterie peut-elle être retirée?	

Veuillez vous assurer d'avoir bien défini votre type d'aide à mobilité et d'avoir inscrit votre nom complet, votre adresse et votre numéro de téléphone.

Veuillez prendre note qu'il est interdit de transporter des batteries non étanches WET Cell à bord des avions d'Air Transat.

Poids			kg	Hauteur			cm
(comprenant les pièces)	ou		lbs	(comprenant les pièces)	ou		po
Longueur			cm	Largeur			cm
(comprenant les pièces)	ou		po	(comprenant les pièces)	ou		po

Pièces amovibles	Coussin de siège		Veuillez apporter (le cas échéant)	Instructions
	Appui-tête			Manuel
	Dossier de chaise			Outils
	Repose-pieds ou jambes			
	Plateau			
	Contrôleur et levier de commande		Conseils de manipulation (Veuillez nous décrire toute exigence particulière afin de vous aider)	
	Accoudoirs			
	Sangles			
	Autre (veuillez décrire)			

Merci de renvoyer ce formulaire au plus tard 48 heures avant votre départ au : request@airtransat.com
Si possible, veuillez inclure une photo de votre aide à la mobilité.
Veuillez présenter une version imprimée de ce formulaire au personnel de chaque aéroport de départ.

DEMANDE DE TRANSPORT DE PERSONNES À MOBILITÉS RÉDUITES ET NÉCESSITANT DE L'AIDE À AIR TRANSAT

Avant votre vol, veuillez nous expliquer la manière dont nous pouvons vous aider.

Quand je n'utilise pas mon aide à la mobilité, j'aurai besoin d'un fauteuil roulant lorsque :

Je peux parcourir de courtes distances et je **peux** monter et descendre les escaliers ☐

Je peux parcourir de courtes distances, mais je ne **peux pas** monter et descendre les escaliers ☐

En tout temps si je n'utilise pas ma propre aide à la mobilité, je dois aller m'assoir dans mon siège d'avion et je ne peux pas me déplacer seul. ☐

Certaines aides ne peuvent pas être transportées en raison de leurs poids et de leur taille, selon le type d'aéronef utilisé. Veuillez vous enquérir des restrictions possibles auprès du personnel d'Air Transat avant d'acheter votre billet lorsque vous avez besoin d'aide pour vous déplacer et consultez le https://www.airtransat.com/fr-CA/Info-voyage pour connaître les limites particulières de l'aéronef.

Dans les cas où les règlements le permettent, il est possible de livrer les aides à la mobilité personnelle aux portes d'embarquement. Veuillez consulter le www.airtransat.com pour connaître les aéroports qui n'offrent pas la livraison des aides à la mobilité personnelle aux portes d'embarquement.

Y a-t-il d'autres renseignements à nous faire connaître?

Veuillez renvoyer ce formulaire au plus tard 48 heures avant votre départ au : request@airtransat.com
Veuillez présenter une version imprimée de ce formulaire au personnel de chaque aéroport de départ.

Réservé au personnel d'Air Transat

Référence relative aux réservations		*Ajouté au APML x 2*	
Numéro de liaison au départ		*Numéro de liaison à l'arrivée*	
Date de liaison au départ		*Date de liaison à l'arrivée*	
Aéroport de départ		*Aéroport de départ*	
Aéroport d'arrivée		*Aéroport d'arrivée*	
SSR		*SSR*	