

Demande d'exemption de port du masque

INFORMATION POUR LE PASSAGER

Merci de retourner ce formulaire par courriel entre 30 jours et 48 heures avant votre départ: demande@airtransat.com
Veillez présenter une copie imprimée de ce formulaire au comptoir d'enregistrement et/ou d'embarquement.
Pour les vols au départ du Canada, vous devez également avoir en votre possession une preuve d'un résultat négatif à un test de dépistage de la COVID-19 (PCR ou antigénique), réalisé au plus tard 72 heures avant votre départ.

À remplir par 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"/>
Je confirme par la présente que je comprends que:		Courriel	<input type="text"/>
Si Air Transat m'autorise à ne pas porter un masque, je dois présenter une preuve d'un résultat négatif à un test de dépistage de la COVID-19.	Initiales <input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
Ce test doit être réalisé au plus tard 72 heures avant l'heure de départ de mon vol avec ou sans connexion.	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>

INFORMATIONS MÉDICALES

Ce formulaire doit être rempli par le médecin du passager. Vous pouvez soumettre une lettre séparée seulement si elle comprend toutes les informations ci-dessous, est sur papier à en-tête et comporte la signature du médecin.

À remplir par le médecin

Nom de famille du passager	<input type="text"/>	Prénom du passager	<input type="text"/>
Cochez tout ce qui s'applique :		Cochez	
Je suis le médecin traitant du passager nommé ci-dessus.		<input type="checkbox"/>	
Je confirme que le passager, en raison de sa condition médicale, ne peut porter un masque pour la durée du vol.		<input type="checkbox"/>	
Cette condition n'est pas liée à la COVID-19 ni à toute autre maladie infectieuse.		<input type="checkbox"/>	
Nom de l'établissement	<input type="text"/>		
Province/Numéro de permis	<input type="text"/>		
Date	<input type="text"/>		
Signature	<input type="text"/>		