DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA SANTÉ MENTALE

SERVICES D'ACCESSIBILITÉ

DU LUNDI AU VENDREDI :	SAMEDI ET DIMANCHE :	COURRIEL :
De 6 h – 22 h (HE)	**De 6 h – 20 h (HE)**	**accessible@aircanada.ca**

TÉL. :	**1 800 667-4732**	(sans frais en Amérique du Nord)	TÉLÉC. :	**1 888 334-7717**	(sans frais en Amérique du Nord)
	1 514 369-7039	(des frais d'interurbain peuvent s'appliquer)		**1 514 828-0027**	(des frais d'interurbain peuvent s'appliquer)

Pour assurer le traitement efficace de votre demande, veuillez remplir et faire parvenir les trois formulaires suivants à **accessible@aircanada.ca au moins 96 heures avant la date prévue du voyage :**

- Accusé de réception et confirmation du formulaire comportemental
- Déclaration du professionnel de la santé ou de la santé mentale
- Déclaration du vétérinaire relative à la santé du chien

Assurez-vous d'avoir en tout temps ces formulaires remplis sur vous pendant votre voyage.

Veuillez noter que dans l'éventualité où ces formulaires ne seraient pas remis au moins 96 heures avant le voyage, une fois à l'aéroport, votre chien de soutien émotionnel pourrait se voir refuser de voyager.

Le présent formulaire doit :

i. Être rempli par un professionnel de la santé ou de la santé mentale accrédité (p. ex. un psychiatre, un psychologue, un travailleur social clinicien accrédité ou un médecin) qui **traite spécifiquement** votre maladie mentale ou vos troubles émotifs.

ii. Avoir été rempli dans les 365 jours précédant la date de votre départ.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PASSAGER ET SON CHIEN

NOM DE FAMILLE DU PASSAGER	PRÉNOM
NOM DU CHIEN	RACE

Je consens par la présente au traitement par Air Canada de mes renseignements médicaux fournis ci-dessous, pour me permettre de voyager avec mon chien de Soutien émotionnel.

SIGNATURE	DATE

Nota : La section suivante doit être remplie par votre professionnel de la santé. Vous pouvez enregistrer ce formulaire et nous le transmettre par voie électronique, ou l'imprimer pour le remplir à la main. Les formulaires dûment remplis doivent être soumis par courriel à l'adresse accessible@aircanada.ca

INFORMATIONS RELATIVES AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA SANTÉ MENTALE

NOM	NOM DU CABINET	
ADDRESSE		TÉLÉPHONE
NUMÉRO DE PERMIS	DATE DE DÉLIVRANCE DU PERMIS	PROVINCE OU ÉTAT ÉMETTEUR DU PERMIS

- ☐ Je suis un professionnel de la santé ou de la santé mentale accrédité qui traite la maladie mentale ou les troubles émotifs du patient identifié à la page 2.
- ☐ J'atteste que ce patient souffre d'une déficience mentale figurant dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et qu'il bénéficie actuellement de mes soins pour cette déficience mentale.
- ☐ J'ai prescrit un traitement qui nécessite que le chien assigné accompagne le patient susnommé en voyage pour accommoder la maladie mentale ou les troubles émotifs que vit cette personne.
- ☐ Je confirme que ce patient sait que pendant le voyage en cabine, son chien doit demeurer à l'interieur de son sac de transport en tout temps.

Je comprends que les renseignements que je fournis permettront à Air Canada de déterminer la capacité de mon patient et/ou des mesures d'accommodement nécessaires pour permettre à ce dernier de voyager en toute sécurité. Je confirme également que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, complets, véridiques et exacts.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA SANTÉ MENTALE	DATE

LA SOUMISSION DES PRÉSENTS FORMULAIRES ATTESTE VOTRE CONSENTEMENT À LA POLITIQUE D'AIR CANADA SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.
D'autres documents pourraient s'avérer nécessaires pour accéder à une destination internationale ou en sortir.

EFFACER LE FORMUAIRE