



DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA SANTÉ MENTALE

SERVICES DE SANTÉ

DU LUNDI AU VENDREDI :

6 h – 22 h HE

SAMEDI ET DIMANCHE :

6 h – 20 h HE

COURRIEL :

acmedical@aircanada.ca

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

Pour l'efficacité du processus, veuillez remplir et envoyer les **trois (3)** formulaires ci-après à acmedical@aircanada.ca au moins **96 heures avant le voyage** :

- Attestation et confirmation du comportement du chien
- Déclaration du professionnel de la santé ou de la santé mentale
- Déclaration du vétérinaire relative à la santé du chien

Conservez avec vous les formulaires originaux remplis en tout temps pendant le voyage.

Prenez note que si les formulaires ne sont pas fournis au moins 96 heures avant le voyage, votre chien de soutien émotionnel pourrait être refusé au transport à l'aéroport.

Le présent formulaire doit être :

- Rempli par un professionnel de la santé ou de la santé mentale agréé (p. ex., psychiatre, psychologue, travailleur social clinicien agréé ou médecin) **responsable du traitement** de votre déficience mentale ou affective.
- Daté de moins d'un an avant la date de votre départ.



INFORMATIONS RELATIVES AU CLIENT ET AU CHIEN

NOM DU PASSAGER	PRÉNOM
NOM DU CHIEN	RACE

En signant ce formulaire, je confirme que j'entretiens une relation professionnelle continue avec le professionnel de la santé ou de la santé mentale indiqué en page 2 et que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, complets, véridiques et exacts.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

Nota : la section qui suit doit être remplie par un professionnel de la santé. Sauvegardez le formulaire et transmettez-lui en version électronique, ou imprimez le formulaire afin qu'il puisse le remplir à la main. Envoyez le formulaire dûment rempli par courriel à acmedical@aircanada.ca

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

NOM		CLINIQUE
ADRESSE		TÉLÉPHONE
NUMÉRO DE PERMIS	DATE DE DÉLIVRANCE	PROVINCE/ÉTAT OU LE PERMIS A ÉTÉ DÉLIVRÉ

Je suis un professionnel de la santé ou de la santé mentale agréé et je traite la déficience mentale ou affective du patient dont le nom figure en page 2.

Je certifie que ce patient est atteint d'une déficience mentale figurant dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et que je lui fournis des soins en ce moment pour cette déficience mentale.

J'ai prescrit un traitement qui exige que le chien indiqué accompagne la personne pendant son voyage pour suppléer à sa déficience mentale ou affective.

Je confirme que cette personne a été informée que son chien devra rester dans sa cage en tout temps dans la cabine de l'avion pendant le vol.

En signant ce formulaire, je comprends que je fournis des renseignements qui seront utilisés par Air Canada pour évaluer les capacités de mon patient ou les mesures d'adaptation dont il a besoin pour voyager en toute sécurité. Par conséquent, j'atteste que 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
---------------------------------------------------------------	------

EN PRÉSENTANT CES FORMULAIRES, VOUS CONSENTEZ À RESPECTER LES DISPOSITIONS DE LA POLITIQUE SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS D'AIR CANADA.

D'autres documents d'entrée ou de sortie pourraient être exigés pour certaines destinations internationales.

EFFACER LE
FORMULAIRE