



DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA SANTÉ MENTALE

SERVICES DE SANTÉ

DU LUNDI AU VENDREDI :

6 h – 20 h HE

SAMEDI ET DIMANCHE :

6 h – 18 h HE

COURRIEL :

acmedical@aircanada.ca

TÉL. : **1-800-667-4732** (sans frais d'Amérique du Nord)
1-514-369-7039 (frais d'interurbain applicables)

TÉLÉC. : **1-888-334-7717** (sans frais d'Amérique du Nord)
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 **48 heures avant le voyage** :

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

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 48 heures avant le voyage, votre animal 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 (par exemple : 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.



INFORMATION RELATIVE AU CLIENT ET À L'ANIMAL

NOM DU PASSAGER	PRÉNOM	NUMÉRO DE RÉSERVATION
TYPE D'ANIMAL	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

INFORMATION RELATIVE AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA SANTÉ MENTALE

NOM		CLINIQUE
ADDRESSE		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 1.

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 l'animal indiqué en page 1 accompagne ce client pendant son voyage pour suppléer à sa déficience mentale ou affective de la façon suivante :

doit se trouver à l'extérieur d'une cage ou d'un sac de transport pour animaux de compagnie dans la cabine de l'appareil pendant le vol aux fins d'atténuation.

peut rester dans une cage ou un sac de transport pour animaux de compagnie dans la cabine de l'appareil pendant le vol

doit rejoindre le passager à sa destination finale seulement (il n'est pas nécessaire qu'il soit transporté dans la cabine de l'appareil)

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**