

**FORMULAIRE D'EXEMPTION DU PORT DU MASQUE**

Ce formulaire sert à certifier qu'un invité a une condition physique ou médicale qui l'empêche de porter un masque ou un couvre-visage non médical pour voyager à bord des vols exploités par WestJet.

**Bureau médical de WestJet**Courriel : [meddesk@westjet.com](mailto:meddesk@westjet.com)

Télécopieur : 1-866-737-1202

Ce formulaire est remplissable et comprend des champs que vous pouvez modifier avant de l'imprimer et de le signer. Vous pouvez également imprimer ce formulaire et le remplir à la main. Assurez-vous d'inscrire lisiblement vos renseignements pour éviter tout retard de traitement.

Les frais entraînés par l'achèvement de ce formulaire demeurent la responsabilité de l'invité/du patient.

**Veillez noter que** les formulaires incomplets ne seront pas examinés. Les formulaires remplis doivent être envoyés au Bureau médical de WestJet par courriel à [meddesk@westjet.com](mailto:meddesk@westjet.com) ou par télécopieur au 1-866-737-1202.

**RENSEIGNEMENTS SUR L'INVITÉ**

**Nom de famille** (indiquez le nom exact comme il figure sur les papiers d'identité de l'invité) **Prénom** **Deuxième prénom**

**Date de naissance** aaaa-mm-jj **Courriel** **Numéro de téléphone**

**Adresse** **Ville**

**Province/État** **Code postal/ZIP** **Pays**

**Numéro OP existant de WestJet** (le cas échéant) **ID Récompenses WestJet** (facultatif, mais cela nous aidera à l'organisation de certains services)

**Date prévue du voyage** aaaa-mm-jj

**AUTRE PERSONNE À CONTACTER**

Veillez fournir les coordonnées d'une autre personne à contacter (un parent, un tuteur ou un décideur) si l'invité est un enfant ou s'il ne peut pas faire valoir ses droits. L'autre personne à contacter pourra poser des questions de suivi au nom de l'invité et aura accès au résultat de cette demande.

Nom

Relation

Courriel (s'il diffère de celui de l'invité)

Numéro de téléphone (s'il diffère de celui de l'invité)

**CONSENTEMENT ET ACCORD DE L'INVITÉ****À remplir par l'invité ou son tuteur légal.**

Par la présente, je confirme et comprends que :

Si WestJet autorise l'invité à ne pas porter de masque ou de couvre-visage, ce dernier devra présenter une preuve valide d'un test de dépistage de la COVID-19 effectué dans l'intervalle approprié avant son départ. Il devra être en mesure de fournir cette preuve aux agents de WestJet tout au long de son voyage. Pour en savoir plus ce qu'est un test valide de dépistage de la COVID-19, veuillez consulter notre section [Soyez prêt à voyager](#).

En signant ce formulaire, je confirme que l'invité a une relation professionnelle continue avec le prestataire de soins de santé de la page trois (3) et que toutes les informations fournies sont complètes, véridiques et exactes à ma connaissance.

Signature de l'invité ou du tuteur légal

Date

aaaa-mm-jj

En soumettant le présent formulaire, vous affirmez votre consentement à la politique de confidentialité de WestJet. D'autres documents peuvent être exigés pour les voyages à l'entrée ou à la sortie d'une destination internationale.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ**
**À remplir par un prestataire de soins de santé.**

Nom du prestataire de soins de santé		Nom de la pratique
Adresse		Numéro de téléphone
Numéro de permis	Date de délivrance du permis	Province/État où le permis a été délivré

**CONSENTEMENT ET ACCORD DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ**

Je suis un prestataire de soins de santé agréé qui traite le patient nommé ci-dessus

Je certifie que ce patient ne peut pas porter un masque ou un couvre-visage non médical en raison d'une condition médicale ou physique

Le patient est apte à voyager

Je certifie que cette condition n'est pas liée à la COVID-19 et que ce patient ne souffre d'aucune maladie infectieuse

La condition médicale est-elle considérée comme permanente? Non Oui

Condition médicale empêchant le port d'un masque ou d'un couvre-visage non médical *(à remplir obligatoirement)*

Je comprends que le port d'un masque en vol est une exigence légale imposée par Transports Canada et qu'une sanction pécuniaire pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ peut être imposée si une personne ne se conforme pas à cette exigence pour une raison ne correspondant pas à l'une des raisons établies par l'ordonnance

Par conséquent, j'atteste que tous les renseignements fournis sont complets, vrais et exacts à ma connaissance

Signature du prestataire de soins de santé	Date	aaaa-mm-jj
--	------	------------

Sceau du prestataire de soins de santé