

For any questions or concerns regarding your travel please contact / Pour toute question concernant votre voyage, veuillez communiquer avec :

Customer Contact Centre for Reservations / Ticketing / Centre de contact avec la clientèle pour les réservations ou la billetterie
For reservations, ticket information, fare quotes, schedules and all other inquiries, please contact / Pour les réservations, les renseignements sur les billets, les prix de billets, les horaires et toute autre question, veuillez contacter :

Tel/Téléphone : 1-800-267-1247 | Fax/Télécopieur : 613-254-6303 | TTY/ATS : 1-877-873-3718

Email/Courriel : oxygen@canadiannorth.com.

Monday to Friday: 6:30 a.m. to 12:00 a.m. EST / Du lundi au vendredi : de 6 h 30 à 12 h (HE)

Weekends and holidays: 9 a.m. to 7 p.m. EST / Fins de semaine et jours fériés : de 9 h à 19 h (HE)

When submitting this form to Canadian North it will be kept confidential and used only for the purposes to assist with your travel needs / Lorsque ce formulaire aura été confié à Canadian North, il restera confidentiel et ne sera utilisé que pour répondre à vos besoins de voyage.

Your safety and security is our main concern / Nous nous préoccupons principalement de votre sûreté et sécurité.

REASON FOR TRAVEL/MOTIF DU DÉPLACEMENT :

- Medical Emergency/Urgence médicale
- Routine Medical Travel/Déplacement courant pour soins médicaux
- Other (Please Specify)/Autre (précisez)

1. PASSENGER INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE PASSAGER

Name/Nom : _____ Record Locator/Numéro du dossier : _____

Address/Adresse : _____

Phone Number/Numéro de téléphone : _____

Date of Travel/Date du déplacement :	Flight Number/numéro de vol :	From/De :	To/À :

Special Seating Requirements/Besoins spéciaux pour le siège :
 Yes (specify) / Oui (précisez) No/Non

Meal/Drink Restrictions / Boissons/Répas spéciaux :
 Yes (specify) / Oui (précisez) No/Non

Valid for Domestic Travel ONLY/Valable pour voyages intérieurs SEULEMENT.

2. ATTENDING PHYSICIAN/NURSE-IN-CHARGE INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT/L'INFIRMIÈRE RESPONSABLE

Name/Nom :	Location/Endroit :
Phone Number/Numéro de téléphone :	Fax Number/Numéro de télécopieur :

3. ESCORT INFORMATION/RESEIGNENT SUR L'ACCOMPAGNATEUR

Is the patient fit to travel unaccompanied/Le patient est-il en mesure de voyager seul?
 Yes/Oui No/Non (if No, complete escort information/ Sinon, remplir la section ci-dessous)

Escort Name/Nom de l'accompagnateur :	Contact Number/Numéro :
---------------------------------------	-------------------------

Medical Escort/Accompagnateur du service de santé OR / OU Travel Companion/Conpagnon de voyage

4. MEDICAL DATA/RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Medical Clearance Required/Un certificat médical est-il requis?
 Yes/Oui (If Yes, attach a copy of the medical clearance document/joindre use copie du certificat médical) No/Non

Pregnant over 36 weeks/Grossesse plus de 36 semaines

Medical Clearance Required/Un certificat médical est-il requis?
 Yes/Oui (If Yes, attach a copy of the medical clearance document/joindre use copie du certificat médical) No/Non

Infant 7 days or younger/Bebe moin de 7 jours

Medical Clearance Required/Un certificat médical est-il requis?
 Yes/Oui (If Yes, attach a copy of the medical clearance document/joindre use copie du certificat médical) No/Non

5. MOBILITY NEEDS INFORMATION/RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA MOBILITÉ

Wheelchair Required/Un fauteuil roulant est-il requis? Yes/Oui No/Non

Wheelchair Required/Un fauteuil roulant est-il requis :

- To and from aircraft/pour l'embarquement et le débarquement
- Up and down stairs/dans les escaliers
- To and from seat/pour le déplacement en cabine

Is passenger travelling with own wheelchair/Le passager voyage-t-il avec son propre chaise roulant?
 Yes/Oui (if yes complete information below/Si oui, remplir la section ci-dessous) No/Non

Is Wheelchair/La chaise roulante est-elle :

Collapsible/Pilable: Yes/Oui Electric/Électrique: Yes/Oui Spillable battery/à batterie étanche
 No/Non No/Non Non-Spillable battery/à batterie non étanche

*NOTE: Wheelchairs with Spillable batteries are restricted articles and are permitted on passenger aircraft only under certain conditions.
 NOTE: Les chaises roulantes munies de batteries non étanches sont des articles contrôlés qui ne sont acceptés que sous certaines conditions sur un avion de passagers.*

Can passenger use normal aircraft seat with seatback placed in the upright position when required/Le passager peut-il s'asseoir dans un siège d'avion ordinaire dont le dossier est relevé au besoin?
 Yes/Oui No/Non

6. AMBULANCE INFORMATION/RESEIGNEMENTS SUR L'AMBULANCE

Ambulance Required/Une ambulance est-elle requise?

Yes/Oui (if yes complete information below/remplir la section ci-dessous)

No/Non

Departure Ambulance Company/Services ambulanciers au point de départ :	Phone/Téléphone :
Arrival Ambulance Company/Services ambulanciers à l'arrivée :	Phone/Téléphone :

Destination Hospital/Hôpital de destination :

7. SPECIAL REQUESTS/ACCOMODATION FOR MENTAL HEALTH
DEMANDES SPÉCIALES/ARRANGEMENTS POUR SANTÉ MENTALE

CHECK-IN/ENREGISTREMENT

Will you need assistance to the gate?/Aurez-vous besoin d'aide à la porte d'embarquement? Yes/Oui No/Non

BOARDING/EMBARQUEMENT

Will you prefer to pre-board the other passengers?/Préférez-vous embarquer avant les autres passagers? Yes/Oui No/Non

Will you prefer to board last?/Préférez-vous embarquer en dernier? Yes/Oui No/Non

ON BOARD/À BORD

Will you prefer to not be bothered?/Préférez-vous ne pas être dérangé? Yes/Oui No/Non

Will you request assistance?/Allez-vous demander de l'aide? Yes/Oui No/Non

ARRIVAL/DEPLANNING/ARRIVÉE/DÉBARQUEMENT

Will you like assistance deplanning?/Aimeriez-vous d'aide pour débarquer? Yes/Oui No/Non

8. SEATING/SIÈGE

EXTRA SEATING REQUIRED - DISABLED BY OBESITY/SIÈGE SUPPLÉMENTAIRE REQUIS - HANDICAP EN RAISON D'OBÉSITÉ

This section required only if requesting an extra seat for reasons of obesity/Cette section est nécessaire seulement si un siège supplémentaire est requis en raison d'obésité. Yes/Oui No/Non

9. REMARKS/REMARQUES

Other remarks or important information/Autre remarques ou renseignements pertinents (do not include confidential medical information/ne pas inclure d'informations confidentielles) :

- * Information provided in this document is for the airline's use only and will remain confidential.
- * Les renseignements inscrits sur ce formulaire sont réservés à l'usage de la société aérienne et resteront confidentiels.

Please print name and title/Veuillez imprimer votre nom et votre titre: _____

Physicians Signature/Signature

Date Signed by Physician

This form is valid for 3 years after authorization is given by the Physician/Ce formulaire est valide pour trois ans après l'autorisation du médecin.