

APPENDICE 13. FORMULAIRE DE LOCALISATION DE PASSAGER POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Formulaire de localisation de passager pour la santé publique : Pour protéger votre santé, lorsque les agents de santé publique soupçonnent la présence d'une maladie contagieuse à bord d'un vol, vous devez remplir le présent formulaire. Les renseignements que vous donnez aideront les agents de santé publique à communiquer avec vous si vous avez été exposé à une maladie contagieuse. Il est important que vous remplissiez le formulaire au complet et que vous donniez des renseignements exacts. Les renseignements recueillis sont destinés à être conservés conformément aux lois applicables et ne serviront qu'aux fins de la protection de la santé publique.

Nous vous remercions de nous aider à protéger votre santé.

Un formulaire par famille, à remplir par un adulte. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie (MAJUSCULES). Pour indiquer un espace, laissez la case vierge.

RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL : 1. Compagnie aérienne 2. Numéro de vol 3. Numéro de siège 4. Date d'arrivée (aaaa/mm/jj)

--	--	--	--	--	--

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : 5. Nom de famille 6. Prénom 7. Initiale 8. Sexe

--	--	--	--	--	--

Masculin Féminin

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE où vous pouvez être rejoint au besoin. Indiquez le code de pays et le code de ville.

9. Portable 10. Travail 11. Domicile 12. Autre

--	--	--	--

13. Adresse électronique

--

ADRESSE PERMANENTE : 14. Numéro et rue (Laissez une case vierge entre le numéro et la rue.) 15. Numéro d'appartement

--	--

16. Ville 17. État/Province

--	--

18. Pays 19. Code postal

--	--

ADRESSE TEMPORAIRE : Pour les visiteurs, indiquez uniquement la première étape de votre séjour.

20. Nom de l'hôtel (le cas échéant) 21. Numéro et rue (Laissez une case vierge entre le numéro et la rue.) 22. Numéro d'appartement

--	--	--

23. Ville 24. État/Province

--	--

25. Pays 26. Code postal

--	--

CONTACT D'URGENCE : Coordonnées d'une personne qui pourra vous rejoindre au cours des 30 prochains jours.

27. Nom de famille 28. Prénom 29. Ville

--	--	--

30. Pays 31. Adresse électronique

--	--

32. Portable 33. Autre numéro de téléphone

--	--

34. COMPAGNONS DE VOYAGE – MEMBRES DE LA FAMILLE : Indiquez l'âge des personnes de moins de 18 ans seulement.

Nom de famille	Prénom	Numéro de siège	Âge < 18
(1) <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
(2) <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
(3) <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
(4) <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>

35. COMPAGNONS DE VOYAGE – AUTRES QUE DES MEMBRES DE LA FAMILLE : Indiquez le nom du groupe (le cas échéant).

Nom de famille	Prénom	Groupe (voyage organisé, équipe, entreprise, autre)
(1) <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
(2) <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Note — Le formulaire de localisation de passager pour la santé publique peut être téléchargé aux adresses suivantes :

<http://www.icao.int/safety/aviation-medicine/Pages/guidelines.aspx> ou <http://www.capsca.org/CAPSCARefs.html>

— FIN —