



## **INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES CLIENTS DE VIA RAIL**

### **DEMANDE DE DÉPLACEMENT GRATUIT D'UNE PERSONNE DE SOUTIEN**

Afin d'aider VIA Rail à évaluer vos besoins spéciaux et les mesures d'accommodement que vous pourriez requérir, nous vous saurions gré de demander à votre médecin traitant de remplir le certificat médical ci-joint. Il est important qu'il signe et date chaque section. **Veillez noter que vous seul devrez assumer les frais afférents à ce certificat.**

Veillez retourner le certificat médical dûment rempli et les renseignements exigés le plus tôt possible à :

**Centre client VIA Rail  
77 rue Canada Street  
Moncton (Nouveau-Brunswick)  
E1C 0V3**

**Télécopieur : 506 859-3943  
Courriel : [personne\\_de\\_soutien@viarail.ca](mailto:personne_de_soutien@viarail.ca)**

Lorsque nous aurons reçu et validé le certificat médical dûment rempli, nous vous contacterons par courriel ou téléphone pour confirmer que votre personne de soutien peut voyager gratuitement à bord des trains de VIA Rail.

VIA Rail recueille ces renseignements afin de se conformer aux exigences juridiques, notamment celles de la *Loi sur les transports au Canada* et de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, à l'égard du transport accessible. Veuillez noter que la loi n'exige pas que vous nous fournissiez ces renseignements. Toutefois, sans ces renseignements, VIA Rail pourrait ne pas être en mesure d'évaluer adéquatement votre demande d'accommodement et vos besoins spéciaux.

Veillez noter que les renseignements personnels recueillis seront utilisés et consignés dans le registre VIA 5700, comme l'exige la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Ces renseignements seront protégés, et ne seront divulgués qu'aux personnes qui doivent en prendre connaissance afin d'évaluer votre demande, en particulier le médecin-chef de VIA Rail, ainsi que le groupe Relations avec la clientèle et tout autre membre du personnel responsable du fonctionnement des trains. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels recueillis par la Société.

**CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL  
POUR VOYAGEURS NÉCESSITANT L'ASSISTANCE D'UNE PERSONNE DE SOUTIEN**

**Renseignements sur le patient :**

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
DDN (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Numéro VIA Préférence : \_\_\_\_\_

***NOTE IMPORTANTE À L'INTENTION DU MÉDECIN :*** Si votre patient a besoin d'aide SEULEMENT pour ses bagages et l'embarquement, ne remplissez pas ce certificat médical. VIA offre déjà ce service à toute personne ayant une déficience, et ce, sans certificat médical.

- J'atteste que mon patient a besoin de voyager avec une personne de soutien pour assistance autre que pour les bagages et l'embarquement.

*J'atteste que mon patient [INDIQUER LE NOM DU PATIENT] \_\_\_\_\_ est une personne ayant une déficience que je soigne. À mon avis, mon patient ne peut voyager seul à bord d'un train de VIA Rail.*

Les limitations fonctionnelles de mon patient sont :

**Veillez cocher l'une des cases ci-après**

- permanentes  
 temporaires

*(Dans le cas d'une limitation temporaire, le médecin traitant doit dater et signer ce certificat médical au plus tard un an avant la date du voyage en train.)*

La personne de soutien autorisé voyagera gratuitement et veillera :

**Veillez cocher les cases applicables ci-après**

- aux besoins spéciaux de mon patient  
 aux besoins du chien d'assistance. (Si vous souhaitez faire une demande pour voyager avec un chien de soutien affectif, s'il vous plaît remplir le formulaire distinct à cette fin)

Je comprends que ce certificat médical peut être évalué par le médecin-chef de VIA Rail.

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_

Médecin autorisé (médecin de famille, psychiatre etc.) ou professionnel en santé mentale autorisé (psychologue)

NOM DU MÉDECIN EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE PERMIS DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_

Domaine de spécialisation du médecin : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

DATE DE LA SIGNATURE : \_\_\_\_\_ LIEU DE LA SIGNATURE : \_\_\_\_\_

