DEMANDE AFIN DE VOYAGER AVEC UNE PERSONNE DE SOUTIEN

SECTION A : Consentement du passager

(À compléter par le passager)

Renseignements du passager

Prénom et nom du passager : _____

Nom du représentant légal (si applicable) : _____

Numéro de réservation (si applicable) : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

Consentement du passager

Je comprends que mes renseignements personnels fournis dans cette demande seront utilisés pour le traitement de ma demande et ainsi faciliter mon transport. Je reconnais que ces renseignements demeureront confidentiels conformément à la Politique de renseignements personnels de VIA Rail. Dans le cas d'une limitation fonctionnelle permanente et sauf avis contraire de ma part, j'autorise VIA Rail à conserver ma demande pendant une période de cinq (5) de la date de signature de la présente demande et ce, afin d'utiliser ces informations pour tout autre voyage et demande de services. Ainsi, je n'aurai pas à soumettre de nouveaux documents pour chacun de mes voyages mais, je devrai soumettre un nouveau formulaire cinq (5) ans suivant la signature de la présente demande.

J'accepte de fournir un certificat médical à jour et ce, advenant tout changement de santé important et de respecter les termes de tout accommodement médical, incluant les exigences relatives à l'accompagnateur et les restrictions applicables aux compagnons de voyage.

J'atteste que ma personne de soutien sera en mesure de m'aider, après le départ et avant l'arrivée, pour un ou plusieurs besoins listés ci-dessous :

a) pour manger, prendre des médicaments, utiliser la salle de toilette;
b) pour s'installer dans son siège passager ou le quitter;
c) pour s'orienter ou communiquer;
d) physique en cas d'urgence, notamment en cas d'évacuation d'urgence.

J’atteste également qu’en cas d’évacuation, ma personne de soutien n’aura pas besoin d’assistance pour elle-même, et qu’elle pourra m’aider tout au long du processus d’évacuation.

Je comprends que dans l’éventualité où ma personne de soutien n’est pas mesure de m’aider, après le départ et avant l’arrivée, VIA Rail se réserve le droit de me refuser l’accès à bord pour mes voyages subséquents.

J'AI LU ET COMPRIS les termes du présent consentement que j'ai signé volontairement.

Signature : _____
(*Passager ou son représentant légal*)

Date [JJ/MM/AAAA]: _____

SECTION B : Certificat médical

(À compléter par le médecin traitant ou professionnel de la santé autorisé*)

**psychiatre, psychologue, infirmier (ère) praticien(ne), audiologiste ou optométriste*

Renseignements du médecin ou professionnel de la santé autorisé

Nom : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Adresse de pratique : _____

Numéro de permis du médecin ou professionnel de la santé : _____

Limitations du patient

- ❑ J'atteste que mon patient dont le nom apparait à la Section A, doit voyager avec une personne de soutien car, en raison de la nature de son handicap, il a besoin, après le départ et avant l'arrivée, pour un ou plusieurs besoins listés ci-dessous :

  a) pour manger, prendre des médicaments, utiliser la salle de toilette;
  b) pour s'installer dans son siège passager ou le quitter;
  c) pour s'orienter ou communiquer;
  d) physique en cas d'urgence, notamment en cas d'évacuation d'urgence.

****Si mon patient a seulement besoin d'aide avec ses bagages et/ou pour l'embarquement/débarquement, la demande afin de voyager avec une personne de soutien ne pourra être acceptée considérant que lesdits services sont déjà offerts gratuitement par VIA Rail.**

Les limitations fonctionnelles de mon patient sont *(Veuillez cocher l'une des cases ci-après) :*

- ❑ Permanentes
- ❑ Temporaires Durée _____

En signant ce certificat médical, je comprends que VIA Rail se fiera à ma déclaration ci-haut, afin que mon patient puisse être accompagné, pendant son ou ses voyages à bord de VIA Rail, par une personne de soutien. Par conséquent, j'atteste que tous les renseignements fournis sont complets, véridiques et exacts et que je suis autorisé, par mon ordre professionnel, à compléter ce certificat médical dans ma province et pays d'exercice.

_____

Signature du médecin traitant ou professionnel de la santé autorisé

Titre *:* _____
Date [JJ/MM/AAAA] *:* _____