

APTITUDE AU TRANSPORT AÉRIEN



Demande de places supplémentaires en raison d'un handicap, y compris l'obésité
Veillez remplir tous les champs ci-dessous et envoyer un courriel à accessibility@palairlines.ca

Les renseignements personnels et médicaux que vous fournissez dans ce formulaire seront utilisés par PAL Airlines pour traiter votre demande d'approbation médicale et pour prendre les dispositions nécessaires pour vos préparatifs de voyage sur les vols exploités par PAL Airlines. Vos renseignements médicaux ne seront pas divulgués à d'autres compagnies aériennes.

Veillez retourner la copie remplie de ce formulaire à PAL Airlines au moins 96 heures avant votre vol. Si la demande est présentée dans les 96 heures, nous ferons tous les efforts raisonnables pour y répondre.

Ce document est réputé valide pendant trois ans à compter de la date d'approbation.
Les documents incomplets ou illisibles ne seront pas approuvés.
Si la demande n'est pas approuvée, il n'y aura pas de remboursement ou d'indemnisation.

Êtes-vous d'accord? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez noter que PAL Airlines pourrait avoir besoin de documents à jour selon votre état de santé. Vous devriez lire la politique de confidentialité de PAL Airlines pour en savoir plus.

S'agit-il d'une première demande de places supplémentaires à bord d'un vol de PAL Airlines?

Oui Non

Renseignements sur le passager	
Prénom	Nom de famille
Date de naissance	Préfixe
Numéro de téléphone	Autre numéro de téléphone
Adresse postale	
Adresse courriel	
Je consens par la présente à ce que mes données personnelles ou médicales soient traitées et utilisées pour les fins énoncées ci-dessus.	
Signature du passager/tuteur légal	Date