

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXEMPTION MÉDICALE**

La personne demandant une exemption médicale doit soumettre une copie dûment remplie du présent formulaire dans son intégralité. Toutes les pages doivent être revues et remplies par la personne à exempter ou par le demandeur, ainsi que par le médecin ou l'infirmier praticien concerné. L'employeur qui évalue cette demande doit le faire conformément à son obligation légale d'accommodement en vertu de la législation applicable.

PARTIE I DE L'EXEMPTION MÉDICALE**Personne à exempter**

Veillez fournir les renseignements suivants concernant la personne au nom duquel une exemption médicale est demandée :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse domiciliaire : _____

Renseignements sur le demandeur

Si le demandeur est différent de la personne à exempter, veuillez fournir les informations suivantes :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse postale : _____

Gouvernements provinciaux et territoriaux

Dans certains cas, le gouvernement d'une province ou d'un territoire peut délivrer une attestation certifiant qu'une personne ne peut être vaccinée. L'employeur peut accepter cette attestation plutôt que l'attestation d'un médecin ou d'une infirmière praticienne. Le cas échéant, la personne demandant l'exemption doit cocher la case ci-dessous et présenter un justificatif d'exemption provincial ou territorial à son employeur aux fins de vérification.

- La personne demandant une exemption médicale est en possession d'une attestation (par exemple, un code QR) délivrée par un gouvernement provincial ou territorial confirmant qu'elle ne peut être vaccinée. Avant d'accorder toute exemption médicale, l'employeur doit vérifier l'attestation.

Médecin ou infirmière praticienne

Déclaration médicale



Je, _____, suis un médecin autorisé ou infirmière(ère) praticien(ne) dans la province/le territoire de/du/de l' _____. Je certifie par la présente que _____ (indiquez au moins l'une des mentions suivantes) :

- 1) a une contre-indication médicale à la vaccination complète contre la COVID-19 avec un vaccin à ARNm (Pfizer-BioNTech ou Moderna) fondée sur la recommandation du [Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\)](#) (comme suit, d'après les conseils du CCNI en date du 10 septembre 2021) :

- *antécédents d'anaphylaxie après l'administration précédente d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19*
- *allergie confirmée au polyéthylène glycol (PEG) qui se trouve dans les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna contre la COVID-19*
(Il convient de noter que si le patient est allergique à la trométhamine qui se trouve dans le vaccin Moderna, il peut recevoir le produit Pfizer-BioNTech.)

Cette raison médicale est (veuillez en indiquer une seule)

- Permanente
 Temporaire et sera en vigueur jusqu'à/au _____

- 2) a une raison médicale pour justifier le report de la vaccination complète contre la COVID-19, décrite par le [Comité consultatif national de l'immunisation](#) (comme suit, d'après les conseils du CCNI en date du 10 septembre 2021) :

- *des antécédents de myocardite ou de péricardite après la première dose d'un vaccin à ARNm*
- *en raison d'une immunodépression ou d'un médicament immunosuppresseur, en attendant de se faire vacciner lorsque la réponse immunitaire sera maximale (c'est-à-dire attendre de se faire vacciner lorsque l'état immunodéprimé ou le médicament immunosuppresseur est plus faible)*
(Remarque: Il faudrait tenir compte des avantages et des risques lorsque la vaccination est retardée.)

Cette raison médicale sera en vigueur jusqu'à/au _____

- 3) a une raison médicale empêchant la vaccination complète contre la COVID-19 (non couverte ci-dessus), comme il est décrit ci-dessous (pour des raisons de confidentialité, inclure uniquement la raison pour laquelle la condition médicale exclut la vaccination)

Cette raison médicale est (veuillez en indiquer une seule)

- Permanente
 Temporaire et sera en vigueur jusqu'à/au _____



Signature: _____ Date: _____

Nom: _____ Numéro de téléphone: _____

Numéro du permis de pratique: _____ Province/Territoire: _____

Attestation du demandeur*Le formulaire suivant doit être rempli par ou au nom de la personne demandant une exemption médicale :*

J'atteste par la présente être la personne ne pouvant être vaccinée ou au nom duquel la demande d'exemption est présentée, du fait de son état de santé :

Signature : _____ Nom complet : _____

Date : _____ Lieu : _____

Renseignements faux ou trompeursEn vertu de l'article 366 du [Code criminel](#), toute falsification délibérée d'un document constitue une infraction.Conformément à l'*Arrêté d'urgence visant certaines exigences relatives à l'aviation civile en raison de la COVID-19* toute personne fournissant, à un transporteur, des renseignements qu'elle sait être faux ou trompeurs s'expose également à une sanction administrative pécuniaire ou à d'autres mesures d'exécution, y compris à des poursuites judiciaires.**Renseignements personnels**Les renseignements personnels que vous fournissez serviront à déterminer si la personne identifiée dans le présent formulaire peut bénéficier, pour raisons médicales, d'une exemption des exigences de l'*Arrêté d'urgence visant certaines exigences relatives à l'aviation civile en raison de la COVID-19*. Ces renseignements peuvent également être échangés avec Transports Canada à des fins de vérification ou d'application des règlements.**PARTIE 2 DE L'EXEMPTION***Avis important : L'employé n'est tenu de fournir que la partie 2 de la présente exemption sur demande de l'administration aéroportuaire, de l'Administration canadienne de la sûreté du transport aérien (ACSTA) ou de Transports Canada. Dans le cas où Transports Canada exigerait des renseignements supplémentaires, un fonctionnaire du gouvernement communiquera directement avec l'employeur*.*

**Confirmation d'exemption par l'employeur***

Numéro de dossier de l'employeur* _____

La présente est pour confirmer que _____ (nom complet de la personne
exemptée), CIZR/PAR/Passe temporaire n° : _____, est exempté(e) de toute
exigence de vaccination obligatoire en vertu de l'*Arrêté d'urgence visant certaines exigences relatives à
l'aviation civile en raison de la COVID-19* de Transports Canada.

Signature : _____ Nom complet : _____

Titre : _____ Organisation : _____

Numéro de téléphone (jour) : _____

Date : _____ Lieu : _____

* La partie 2 doit être remplie par l'employeur ou par une organisation chargée de valider la demande d'exemption, conformément à la politique de vaccination obligatoire en vigueur à l'échelle de l'aéroport.