



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'infirmière 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 (e.g. 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

Je soussigné _____ (nom complet du médecin ou de l'infirmière praticienne) confirme par la présente que

la personne à exempter susmentionnée ne peut être vaccinée pour l'une des raisons suivantes :



- Contre-indications médicales certifiées concernant la vaccination complète contre la COVID-19 avec un vaccin à ARNm fondées sur la recommandation du [Comité consultatif national de l'immunisation](#). À compter du 10 septembre 2021, les contre-indications médicales suivantes sont certifiées.
 - (i) Antécédents d'anaphylaxie après l'administration antérieure d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19; et/ou
 - (ii) Allergie confirmée au polyéthylène glycol (PEG) présent dans les vaccins contre la COVID-19 de Pfizer-BioNTech et Moderna (à noter que toute personne allergique à la trométhamine présente dans le vaccin Moderna peut recevoir le produit Pfizer-BioNTech).

- Raisons médicales justifiant le report d'une vaccination complète contre la COVID-19, telles que décrites par le Comité consultatif national de l'immunisation. Parmi les raisons pouvant être invoquées à compter du 10 septembre 2021 :
 - (i) Antécédents de myocardite/péricardite après la première dose d'un vaccin à ARNm; et/ou
 - (ii) État d'immunodépression ou médicament nécessitant d'attendre que la réponse immunitaire puisse être maximisée avant de vacciner (c'est-à-dire de reporter la vaccination jusqu'à ce que l'état d'immunodépression ou que la posologie du médicament soit plus faible).

- Raison médicale empêchant une vaccination complète contre la COVID-19 (non mentionnée ci-dessus), comme décrite brièvement. À des fins de confidentialité, veuillez n'inclure que les renseignements relatifs à la raison médicale empêchant une vaccination complète.

Signature : _____ Nom complet : _____

Date : _____ Lieu : _____

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 trompeurs



En 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*.

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.