

PARENTAL ESCORT'S CONSENT FORM

Your child's state of health requires medical expertise not available in your region. Transfer of a patient is always considered a critical phase, thus the importance of properly organizing and planning air transportation.

I hereby confirm that my decision to accompany my child during his or her transfer is voluntary and that I am aware of the risks inherent to air transportation.

I understand that I am required to remain seated with my safety belt buckled throughout the flight, that I must obtain authorization to leave my seat and that I am required to follow the instructions of the flight crew.

I hereby confirm that I have received a copy of the parental escort's guide and that I have read it.

I understand that the final decision to allow individuals to embark on the aircraft is up to the flight captain.

Escort's signature

Escort's name (BLOCK LETTERS)

Relationship with the child (parent, tutor, other (specify)): _____

Date and time

Telephone

Witness

Person to contact in case of emergency: _____

Emergency telephone contact: _____

ANNEXE 1

FORMULAIRE DE QUALIFICATION DE L'ACCOMPAGNATEUR

Tout accompagnateur potentiel sera contrôlé par l'équipage avant le départ :

	Oui	Non
L'accompagnateur est dans l'incapacité de porter la ceinture de sécurité		
L'accompagnateur a démontré, dans le centre de référence des comportements qui n'étaient pas contrôlables par les membres du personnel ou qui n'étaient pas dans l'intérêt supérieur des soins de son enfant ou de la sécurité de l'équipage.		
L'accompagnateur présente des signes d'intoxication aux drogues et/ou à l'alcool perceptibles dans son comportement ou son élocution.		
L'accompagnateur nécessite des soins ou présente des signes d'une maladie contagieuse qui nécessite des mesures de protection spéciale. (ex. Tuberculose)		
L'accompagnateur n'est pas autonome et ne peut comprendre et suivre les mesures de sécurité		
L'accompagnateur possède des armes ou des objets dangereux et articles interdits sur lui ou dans son bagage.		
L'accompagnateur ne veut pas signer le formulaire de consentement et lire le guide de l'accompagnement.		

Je confirme que (nom de l'accompagnateur) _____ est en mesure d'accompagner : (nom de l'enfant) _____ durant son transport ÉVAQ.

Je soussigné (professionnel de la santé) _____
 En date du ___ / ___ / _____ Signature: _____ Fonction: _____

P.S. Pour toute question, s.v.p. communiquez avec la centrale de coordination ÉVAQ

Espace réservé au traitement de la demande par ÉVAQ	
<input type="checkbox"/> Demande acceptée	<input type="checkbox"/> Demande refusée
Par : _____	Date : ___ / ___ / _____ Heure : _____ h _____