

CARTE DE LOCALISATION DE PASSAGER

La présente Carte de localisation de passager pour la santé publique devra être remplie car **l'Organisation mondiale de la santé** le recommande, surtout lorsque les services de santé publique soupçonnent la présence d'une maladie transmissible. Les renseignements ainsi soumis aideront les services de santé publique à contrôler la menace contre la santé publique en leur permettant de retrouver les passagers qui auraient pu être en contact avec la maladie transmissible. Les données recueillies seront conservées par les services de santé publique conformément aux lois applicables et ne serviront qu'aux fins de protection de la santé publique. **A REMETTRE AU SERVICE MEDICAL DE L'AEROPORT-UNE PHOTOCOPIE DANS LE DOSSIER DE VOL**

Informations de Vol		
1. Compagnie aérienne et Numéro de vol	2. Date d'arrivée	3. Numéro de siège effectivement occupé dans l'aéronef
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Compagnie aérienne </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Numéro de Vol </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/> J J </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/> M M </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> A A A A </div> </div>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Renseignements personnels		
4. Nom et Prénoms		
<input type="text"/> Nom de famille	<input type="text"/> Prénoms	
5. Adresse actuelle incluant le pays		
<input type="text"/> Rue et numéro	<input type="text"/> Ville	<input type="text"/> Etat/Province
<input type="text"/> Pays	<input type="text"/> Code postal	
Numéro de téléphone (résidence ou bureau ou portable)		
<input type="text"/> Code du pays	<input type="text"/> Indicatif	<input type="text"/> Numéro de téléphone
<input type="text"/> Adresse électronique		
<input type="text"/> Numéro du passeport ou du document de voyage		<input type="text"/> Pays émetteur/Organisation émettrice

Coordonnées de Contact		
6- Adresse et numéro de téléphone où vous pouvez être rejoint durant votre séjour ou, si vous avez plusieurs destinations, numéro de téléphone portatif et adresse au point de départ		
<input type="text"/> Rue et numéro	<input type="text"/> Ville	<input type="text"/> Etat/Province
<input type="text"/> Pays	<input type="text"/> Code postal	<input type="text"/> Téléphone(incluant le code du pays) ou portable

7- Coordonnées de contact de la personne qui saura le mieux comment vous rejoindre au cours des 31 prochains jours, en cas d'urgence ou pour vous communiquer des informations critiques de santé. <i>Veillez indiquer le nom d'un proche ou d'un collègue au travail. NE PAS INSCRIRE VOTRE NOM</i>		
A. Nom et Prénoms		
<input type="text"/> Nom de famille	<input type="text"/> Prénoms	
b. Adresse actuelle incluant le pays		
<input type="text"/> Rue et numéro	<input type="text"/> Ville	<input type="text"/> Etat/Province
<input type="text"/> Pays	<input type="text"/> Code postal	
C. Numéro de téléphone (résidence ou bureau ou portable)		
<input type="text"/> Code du pays	<input type="text"/> Indicatif	<input type="text"/> Numéro de téléphone
<input type="text"/> Adresse électronique		

8- Voyagez vous avec une ou plusieurs autres personnes? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cochez la réponse appropriée. Dans l'affirmative, indiquer le nom de la personne ou du groupe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PASSENGER LOCATOR FORM

Public Health Passenger Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a flight. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. *~Thank you for helping us to protect your health.*

One form should be completed by an adult member of each family. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

FLIGHT INFORMATION: 1. Airline name 2. Flight number 3. Seat number 4. Date of arrival (yyyy/mm/dd) 2 0

PERSONAL INFORMATION: 5. Last (Family) Name 6. First (Given) Name 7. Middle Initial 8. Your sex Male Female

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.
 9. Mobile 10. Business
 11. Home 12. Other
 13. Email address

PERMANENT ADDRESS: 14. Number and street (Separate number and street with blank box) 15. Apartment number
 16. City 17. State/Province
 18. Country 19. ZIP/Postal code

TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying.
 20. Hotel name (if any) 21. Number and street (Separate number and street with blank box) 22. Apartment number
 23. City 24. State/Province
 25. Country 26. ZIP/Postal code

EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days
 27. Last (Family) Name 28. First (Given) Name 29. City
 30. Country 31. Email
 32. Mobile phone 33. Other phone

34. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Seat number	Age <18
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

35. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>