

**Formulaire de localisation de passager pour la santé publique :** Pour protéger votre santé, lorsque les agents de santé publique soupçonnent la présence d'une maladie contagieuse à bord d'un vol, vous devez remplir le présent formulaire. Les renseignements que vous donnez aideront les agents de santé publique à communiquer avec vous si vous avez été exposé à une maladie contagieuse. Il est important que vous remplissiez le formulaire au complet et que vous donniez des renseignements exacts. Les renseignements recueillis sont destinés à être conservés conformément aux lois applicables et ne serviront qu'aux fins de la protection de la santé publique.

*~Nous vous remercions de nous aider à protéger votre santé.*

*Un formulaire par famille, à remplir par un adulte. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie (MAJUSCULES). Pour indiquer un espace, laissez la case vierge.*

**RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL :**

1. Compagnie aérienne	2. Numéro de vol	3. Numéro de siège	4. Date d'arrivée (aaaa/mm/jj)
			2 0

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :**

5. Nom de famille	6. Prénom	7. Initiale	8. Sexe
			Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>

**NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE où vous pouvez être rejoint au besoin. Indiquez le code de pays et le code de ville.**

9. Portable	10. Travail
11. Domicile	12. Autre
13. Adresse électronique	

**ADRESSE PERMANENTE :**

14. Numéro et rue ( <i>Laissez une case vierge entre le numéro et la rue.</i> )	15. Numéro d'appartement
16. Ville	17. État/Province
18. Pays	19. Code postal

**ADRESSE TEMPORAIRE : Pour les visiteurs, indiquez uniquement la première étape de votre séjour.**

20. Nom de l'hôtel (le cas échéant)	21. Numéro et rue ( <i>Laissez une case vierge entre le numéro et la rue.</i> )	22. Numéro d'appartement
23. Ville	24. État/Province	
25. Pays	26. Code postal	

**CONTACT D'URGENCE : Coordonnées d'une personne qui pourra vous rejoindre au cours des 30 prochains jours.**

27. Nom de famille	28. Prénom	29. Ville
30. Pays	31. Adresse électronique	
32. Portable	33. Autre numéro de téléphone	

**34. COMPAGNONS DE VOYAGE – MEMBRES DE LA FAMILLE : Indiquez l'âge des personnes de moins de 18 ans seulement.**

Nom de famille	Prénom	Numéro de siège	Âge < 18
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

**35. COMPAGNONS DE VOYAGE – AUTRES QUE DES MEMBRES DE LA FAMILLE : Indiquez le nom du groupe (le cas échéant).**

Nom de famille	Prénom	Groupe ( <i>voyage organisé, équipe, entreprise, autre</i> )
(1)		
(2)		

**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:**

<b>1. Airline name</b>	<b>2. Flight number</b>	<b>3. Seat number</b>	<b>4. Date of arrival (yyyy/mm/dd)</b>
			2 0

**PERSONAL INFORMATION:**

<b>5. Last (Family) Name</b>	<b>6. First (Given) Name</b>	<b>7. Middle Initial</b>	<b>8. Your sex</b>
			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

**PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.**

<b>9. Mobile</b>	<b>10. Business</b>
<b>11. Home</b>	<b>12. Other</b>
<b>13. Email address</b>	

**PERMANENT ADDRESS:**

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

**TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying.**

<b>20. Hotel name (if any)</b>	<b>21. Number and street (Separate number and street with blank box)</b>	<b>22. Apartment number</b>
<b>23. City</b>	<b>24. State/Province</b>	
<b>25. Country</b>	<b>26. ZIP/Postal code</b>	

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days**

<b>27. Last (Family) Name</b>	<b>28. First (Given) Name</b>	<b>29. City</b>
<b>30. Country</b>	<b>31. Email</b>	
<b>32. Mobile phone</b>	<b>33. Other phone</b>	

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

Last (Family) Name	First (Given) Name	Seat number	Age <18
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

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

Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)		
(2)		