



Formulaire de Prescription Médicale

Exemption de port de masque

Je soussigné,

.....
Nom du Médecin (en lettres capitales)

Confirme que le patient

.....
Prénom / Nom

.....
Date de naissance

Ne peut porter un masque (chirurgical ou autre), en raison de la condition médicale sous-jacente

Ce document s'ajoute aux autres conditions et documents obligatoires pour voyager en avion.

.....
Lieu, Date

.....
Signature du Médecin et Tampon Lisible

*Ce formulaire est valable uniquement pour les voyages avec Air France entre les Etats Unis & la France.