



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'infirmier 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/une médecin ou d'un(e) infirmier(ère) praticien(ne). 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 (par exemple, un code QR) délivré 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 infirmier(ère) praticien(ne)

Déclaration médicale

Je, _____, suis un/une médecin autorisé(e) ou infirmier(ère) praticien(ne) dans la province/le territoire de/du/de l' _____. Je certifie par la présente que _____ (indiquez au moins l'une des mentions suivantes) :

1) a une contre-indication médicale à la vaccination complète contre la COVID-19 avec un vaccin à ARNm (Pfizer-BioNTech ou Moderna) fondée sur la recommandation du [Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\)](#) (comme suit, d'après les conseils du CCNI en date du 10 septembre 2021) :

- antécédents d'anaphylaxie après l'administration précédente d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19
- allergie confirmée au polyéthylèneglycol (PEG) qui se trouve dans les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna contre la COVID-19 (Il convient de noter que si le patient est allergique à la trométhamine qui se trouve dans le vaccin Moderna, il peut recevoir le produit Pfizer-BioNTech.)

Cette raison médicale est (veuillez en indiquer une seule)

- Permanente
- Temporaire et sera en vigueur jusqu'à/au _____

2) a une raison médicale pour justifier le report de la vaccination complète contre la COVID-19, décrite par le [Comité consultatif national de l'immunisation](#) (comme suit, d'après les conseils du CCNI en date du 10 septembre 2021) :

- des antécédents de myocardite ou de péricardite après la première dose d'un vaccin à ARNm
- en raison [d'une immunodépression ou d'un médicament immunosuppresseur](#), en attendant de se faire vacciner lorsque la réponse immunitaire sera maximale (c'est-à-dire attendre de se faire vacciner lorsque l'état immunodéprimé ou le médicament immunosuppresseur est plus faible) (Remarque: Il faudrait tenir compte des avantages et



des risques lorsque la vaccination est retardée.) Cette raison médicale sera en vigueur jusqu'à/au _____

3) a une raison médicale empêchant la vaccination complète contre la COVID-19 (non couverte ci-dessus), comme il est décrit ci-dessous (pour des raisons de confidentialité, inclure uniquement la raison pour laquelle la condition médicale exclut la vaccination)

Cette raison médicale est (veuillez en indiquer une seule)

- Permanente
- Temporaire et sera en vigueur jusqu'à/au _____

Signature : _____ **Date :** _____

Nom : _____ **Numéro de téléphone:** _____

Numéro du permis de pratique: _____ **Province/Territoire:** _____

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 imposant certaines restrictions et exigences de vaccination aux navires de croisière en raison de la maladie à coronavirus 2019 (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

Vos informations privées sont importantes. 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'ordonnance en vertu du paragraphe 10.1(1) de la *Loi sur la marine marchande du Canada, 2001 l'Arrêté d'urgence imposant certaines restrictions et exigences de vaccination aux navires de croisière en raison de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)*. Veuillez noter que le représentant autorisé est soumis à la législation applicable en matière de confidentialité en ce qui concerne le traitement de vos informations personnelles.

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire peuvent être fournis et utilisés par Transports Canada à des fins de vérification et d'application. Le ministre des Transports peut recueillir ces renseignements personnels conformément à la législation applicable, en vertu de la Loi de 2001 sur la marine marchande du Canada. Si des renseignements personnels sont fournis à Transports Canada, ils ne seront utilisés et divulgués par Transports Canada que conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et ses règlements. Les renseignements personnels recueillis, ainsi que leur utilisation, divulgation et conservation sont décrits dans le fichier de renseignements personnels intitulé « Programme d'application de la sécurité maritime », TC PPU 021, publié sur la page Info Source de Transports Canada (<https://tc.canada.ca/fr/info-source>).

En vertu des dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels, les personnes ont le droit d'accéder à leurs renseignements personnels, de les corriger et de les protéger. Les instructions pour obtenir des renseignements personnels sont fournies dans Info Source, dont une copie est disponible dans les principales bibliothèques publiques et universitaires ou en ligne à l'adresse <http://www.infosource.gc.ca>. Les personnes qui souhaitent exercer leur droit de porter plainte en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels concernant le traitement de leurs renseignements personnels peuvent le faire en déposant une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée. Pour plus d'informations sur la façon dont le représentant autorisé traite vos informations personnelles, veuillez consulter leur politique de confidentialité applicable ou les contacter directement.





PARTIE 2 DE L'EXEMPTION

Avis important : L'employé(e) n'est tenu de fournir que la partie 2 de la présente exemption sur demande au représentant autorisé ou à Transports Canada. Dans le cas où Transports Canada exigerait des renseignements supplémentaires, un/une 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), CDN / Autre n° : _____, est exempté(e) de toute exigence de vaccination obligatoire en vertu de l'Arrêté d'urgence imposant certaines restrictions et exigences de vaccination aux navires de croisière en raison de la maladie à coronavirus 2019 (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.

** Inscrire le Numéro de candidat (CDN) émis by Transport Canada. Si l'employé(e) n'a pas de CDN inscrire le numéro de la carte d'accès portuaire, de la carte d'accès aux espaces restreints ou un autre numéro d'identification unique pour l'employé(e).