

Certificat Médical « Fit to Fly »

Ce certificat médical doit être rempli intégralement et produit au moment de l'enregistrement et à l'embarquement

L'embarquement peut être refusé si ce formulaire n'est pas complété en totalité.

A // Informations concernant le passager et le(s) vol(s)	
Nom du passager : _____	
Numéro de réservation : _____	
Date du vol aller : _/_/___	Numéro de vol : _____
Date du vol retour : _/_/___	Numéro de vol : _____
Durée de validité du certificat (max 6 mois) : _____	

B // Déclaration du médecin	
Le passager voyageant avec un plâtre :	
Est autorisé à voyager dans une cabine pressurisée avec un plâtre fermée	Oui _____ Non _____
La passagère enceinte :	
Ne présente aucune contre-indication pour voyager en avion	Oui _____ Non _____
Date prévue de l'accouchement	_/_/___
Le passager a été opéré récemment :	
La date d'intervention permet au patient de voyager en avion sur les dates indiquées ci-dessus :	Oui _____ Non _____
J'ai examiné le patient et j'ai fait l'évaluation suivante de l'état de santé :	
Le patient peut s'asseoir sans assistance	Oui _____ Non _____
Le patient est autonome en vol :	Oui _____ Non _____
<ul style="list-style-type: none"> • Auto administration de médicaments et / ou d'oxygène selon les besoins • Consommation de nourriture • L'utilisation des toilettes 	
Le patient est capable de comprendre et de suivre, sans assistance :	Oui _____ Non _____
<ul style="list-style-type: none"> • Les consignes de sécurité • Les procédures d'urgence • Toutes les instructions selon les instructions de l'équipage 	
Le patient ne nécessite aucun soin médical d'urgence pendant le vol	Oui _____ Non _____

C // Informations médicales supplémentaires / commentaires

Basé sur les informations ci-dessus, je déclare par la présente que le passager _____ est apte à voyager par avion avec French bee sur les dates indiquées dans la section A « Informations concernant le passager et le(s) vol(s) ».

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone portable : _____

Fait à : _____

Date : _/_/___

Signature / tampon : _____



Medical certificate « Fit to Fly »

This medical certificate must be completed in full and be shown at the check in and at boarding

Boarding may be refused if this form is not totally completed.

A // Passenger(s) and flight(s) information

Passenger's name: _____	
Reservation number: _____	
Date outbound flight: __/__/__	Flight Number: _____
Date inbound flight: __/__/__	Flight Number: _____
Certificate's validity (max 6 months): _____	

B // Physician's statement

Passenger traveling with a plaster:

Is permitted to travel in a pressurized cabin with a closed plaster Yes _____ No _____

Pregnant passenger:

There are no contraindications for travel by plane Yes _____ No _____

Expected date of giving birth __/__/__

Passenger that has been operated recently:

The date of operation allows the patient to travel by plane on the dates indicated above:
Yes _____ No _____

I examined the patient and made the following assessment of the state of health:

The patient can sit straight without assistance Yes _____ No _____

The patient is autonomous during flight: Yes _____ No _____

- Self-administration of medication and / or oxygen as required
- Consumption of food
- The use of toilets

The patient is able to understand and follow, without assistance : Yes _____ No _____

- Security instructions
- Emergency procedures
- All instructions in accordance with crew instructions

The patient does not require any emergency medical care during the flight Yes _____ No _____

C // Additional medical informations / notes

Based on the above information, I hereby declare that passenger _____ is able to travel by air with French bee on the dates indicated in section A « Passenger(s) and flight(s) information ».

Physician's name: _____

Cell phone number: _____

Done at : _____

Date : __/__/__

Signature / stamp : _____

