



EXPECTANT MOTHER'S DISCLAIMER OF RESPONSIBILITY
(Please complete the form in block letters)

إبراء الذمة و الإعفاء من المسؤولية للنساء الحوامل

Date/ بتاريخ :

Name of the passenger / اسم الراكبة :

Address / العنوان :

Age of Gestation / سن الحمل : _____ months / أشهر _____ weeks / أسابيع

Age / السن :

Phone / الهاتف :

E-mail / البريد الإلكتروني :

Part 1: To be accomplished by expectant mother / للملأ من قبل المرأة الحامل

Date of flight / تاريخ الرحلة :

Flight N°/ رقم الرحلة :

Booking ref / مرجع الحجز :

Departure / المغادرة :

via / عبر :

via / عبر :

via / عبر :

Arrival / الوصول :

Passenger's declaration / تصريح المسافرة

I, the undersigned hereby expressly state that as of the date hereof, the age of gestation of my pregnancy is _____month(s) _____week(s) and that I do not suffer from any abnormality connected with my current pregnancy.

I hereby take full and exclusive responsibility for any error or misrepresentation in the above statements, whether intentional or otherwise, and I hereby hold ROYAL AIR MAROC, its employees and agents harmless from any claim or liability in law or equity and I waive all remedies available therefore for any injury, aggravation, deterioration in my health or any damage to myself or my unborn child. I understand and acknowledge that expectant mothers beyond eight (8) months age of gestation and those who suffer from any complication or difficulty due to pregnancy regardless of the age of gestation are required to submit personal physician's clearance before they are allowed to travel by air. I confirm that I have read and understood the foregoing and that I voluntarily agree to be bound thereby.

أنا، الموقعة أسفله، أعلن بموجب هذا التصريح وفي تاريخه، أن عمر حملي _____ شهراً _____ أسبوعاً وأنتي لا أعاني من أي صعوبات صحية متعلقة بحملي

أتحمل بموجب هذا التصريح، المسؤولية الكاملة عن أي خطأ أو تحريف في البيانات المذكورة أعلاه، سواء كان مقصوداً أم لا، وأعفي شركة الخطوط الملكية المغربية وموظفيها ووكلائها من أي مطالبة قانونية أو مسؤولية أو تعويض وأتنازل عن كل ملاذ قانوني لأي إصابة أو تفاقم أو تدهور في صحتي أو أي ضرر يلحق بي أو بجنيني أتفهم وأعترف بأن الأمهات الحوامل اللواتي تجاوزن ثمانية (8) أشهر من سن الحمل واللواتي يعانين من أي مضاعفات أو صعوبات بسبب الحمل بغض النظر عن سن الحمل، يطلب منهن تقديم تصريح طبي شخصي قبل السماح لهن بالسفر جواً، و أؤكد أنني قد قرأت وفهمت ما تقدم وأنتي أوافق طواعية على الالتزام به

Signature of the passenger / توقيع المسافرة :

Part 2: To be accomplished by expectant mother beyond eight (8) months of pregnancy / للملأ من طرف المرأة الحامل بأكثر من ثمانية (8) أشهر

Name of attending physician:

Medical certificate provided:

Date of medical certificate:

Is passenger fit to travel:

اسم الطبيب المعالج :

تقديم شهادة طبية :

تاريخ الشهادة الطبية :

راكبة مؤهلة :

Signature of the passenger / توقيع المسافرة :

For expectant mothers minor (below legal age of majority), this form shall be co-signed by her husband or parent or guardian.

بالنسبة للنساء الحوامل تحت السن القانوني للرشد، يجب توقيع هذا التصريح من قبل الزوج أو الوالد أو الوصي القانوني

Name & signature / الاسم و التوقيع :

Relation to the passenger / العلاقة القانونية مع الراكبة :



ROYALAIRMAROC.COM

S.A. Capital de 3.628.127.000 MAD
Siège social : Aéroport de Casablanca-Anfa
Tél : 05 22 91 20 00 • Telex : 21.942 • RC Casa 96.67
C.C.P. Rabat 5101 • Patente n° 36000200
Identification fiscale : 02220776
ICE : 001526005000070



الخطوط الملكية المغربية
royal air maroc