

**FORMULAIRE D'AUTODÉCLARATION SANITAIRE
DU PASSAGER RELATIVE À LA COVID-19**

*Proposition de déclaration sanitaire à inclure au verso du
formulaire de localisation de passager pour la santé publique*

**FORMULAIRE D'AUTODÉCLARATION SANITAIRE DU PASSAGER
RELATIVE À LA COVID-19**

Objet du présent formulaire :

Le présent formulaire a pour objet d'aider les autorités de santé publique en permettant aux passagers à l'arrivée de fournir facilement les informations pertinentes sur leur état de santé, en particulier en ce qui a trait à la COVID-19. Ces informations doivent être recueillies par un membre adulte du groupe de voyageurs.

Même si un passager a rempli ce formulaire, il pourrait toujours faire l'objet d'un autre examen de dépistage réalisé par les autorités sanitaires dans le cadre d'une stratégie de prévention à plusieurs niveaux.

Les informations que vous fournissez sont destinées à être utilisées conformément à la législation nationale applicable et uniquement à des fins de santé publique.

1) Informations personnelles :

Prénom :

Nom :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Numéro du document de voyage et pays de délivrance :

Pays de résidence :

Point d'origine :

2) Au cours des 14 derniers jours, avez-vous, ou un membre du groupe avec qui vous voyagez a-t-il, été en contact étroit (face à face pendant plus de 15 minutes ou contact physique direct) avec quelqu'un qui présentait des symptômes faisant penser à la COVID-19 ?

Oui

Non

3) Avez-vous, ou un membre du groupe avec qui vous voyagez a-t-il, présenté l'un des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours ?

Fièvre	Oui	Non	Souffle court	Oui	Non		
Toux	Oui	Non	Perte soudaine du sens du goût ou de l'odorat	Oui	Non		

4) **Avez-vous, ou un membre du groupe avec qui vous voyagez a-t-il, été testé positif à la COVID-19 au cours des trois derniers jours ?**

Oui

Non

Joindre le rapport si possible.

5) **Veillez indiquer, en commençant par les plus récents, tous les pays et villes que vous et le groupe avec lequel vous voyagez avez visités ou par lesquels vous avez transité au cours des 14 derniers jours (aéroports et ports compris), ainsi que les dates correspondantes.**

Pour plus d'informations sur les sanctions prévues en cas de fausse déclaration sur le présent formulaire, veuillez consulter la législation nationale applicable et/ou les autorités sanitaires locales.

Signature :

Date :