



Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports
Formulaire de contrôle sanitaire
DÉCLARATION SANITAIRE DU VOYAGEUR

Conservez ce formulaire de contrôle sanitaire avec vos documents de voyage aux fins de vérification à votre arrivée.

Les données qu'il contient sont recueillies dans le cadre des mesures de santé publique visant à lutter contre la propagation du COVID-19 et sont susceptibles d'être utilisées par les autorités sanitaires de votre lieu de destination, conformément à la législation en vigueur dans le pays concerné. Ce formulaire doit être complété pour chaque voyageur.

Répondez aux questions suivantes par oui ou non :

		<i>Oui</i>	<i>Non</i>
1	Êtes-vous (ou la personne pour laquelle vous remplissez ce formulaire) actuellement atteint(e) d'une pneumonie ou du coronavirus (COVID-19), diagnostiqué ou suspecté ?		
2	Avez-vous (ou la personne pour laquelle vous remplissez ce formulaire) présenté un ou plusieurs des symptômes suivants au cours des 24 dernières heures ?	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
	1. Fièvre		
	2. Toux		
	3. Écoulement nasal		
	4. Maux de gorge		
	5. Essoufflement		

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, la législation en vigueur sur votre lieu de destination ne vous autorise pas à embarquer.

Informations concernant le passager

Numéro de vol :	
Numéro de siège :	
Date du vol :	
Nom de famille :	
Date de naissance :	

Je soussigné(e) certifie que les informations ci-dessus sont exactes.

Fait le/...../2020 à ... heures ...

Signature:

--