

Annexe

FORMULAIRE DE PREVENTION DE LA PROPAGATION DE LA MALADIE COVID-19

Avez-vous été malade (toux, maux de gorge, fièvre, maux de tête, perte du goût ou de l'odorat) dans les 10 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été malade pendant le voyage ?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous actuellement malade ?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non

<b>À remplir uniquement si vous êtes en provenance :</b>	
<b>- d'un pays autre qu'un État membre de l'Union européenne, Andorre, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Suisse ou le Vatican</b>	
<b>- d'une région de l'un des pays européens précités, à l'exclusion du territoire métropolitain français, pour laquelle l'incidence cumulée sur 14 jours est supérieure à soixante cas d'infection par le virus SARS-CoV-2 pour cent mille habitants</b>	
Avez-vous fait une PCR COVID-19 ou un test antigénique COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date ?	____ / ____ / ____
Quel était le résultat ?	<input type="checkbox"/> Positif
Joignez une copie du compte rendu de PCR	<input type="checkbox"/> Négatif

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (prénom et nom)

atteste sur l'honneur que les informations que j'ai fournies sont exactes.

Fait à Monaco, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature