

## 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

<p>À remplir, sauf si vous êtes soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en provenance du département français des Alpes-Maritimes ou de celui du Var et que vous venez à Monaco pour une durée n'excédant pas 24 heures</li> <li>- un travailleur, élève ou étudiant transfrontalier</li> <li>- un professionnel d'une entreprise établie à l'étranger venant à Monaco sans y être hébergé afin d'effectuer une prestation dont l'urgence ou la fréquence est incompatible avec la réalisation d'un test PCR COVID-19</li> <li>- un professionnel du transport routier venant à Monaco dans l'exercice de votre activité pour une durée n'excédant pas 24 heures</li> <li>- âgé de moins de onze ans</li> </ul>	
Avez-vous fait une PCR 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 du test	<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

\_\_\_\_\_