

ANNEXE

FORMULAIRE DE PRÉVENTION 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 14 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 |

| | |
|--|----------------------------------|
| À remplir uniquement si vous êtes en provenance : | |
| - 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 | |
| - 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 | |
| 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 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
