

## 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 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

À remplir, sauf si vous êtes soit : - en provenance du territoire métropolitain français - un travailleur, élève ou étudiant transfrontalier	
Avez-vous fait une PCR ou un test antigénique COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date ?	____/____/____
Quel était le résultat ? Joignez une copie du compte rendu du test	<input type="checkbox"/> Positif
	<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

\_\_\_\_\_