

VOTRE DÉCLARATION DE SANTÉ



VOS COORDONNÉES

1. INFORMATIONS DU PASSAGER

NOM PRÉNOM

2. DÉTAILS DU VOYAGE (FOURNIS LORS DE VOTRE RÉSERVATION/ENREGISTREMENT/INCLUS SUR LE PNR)

NUMÉRO DE SIÈGE DÉTAILS DU VOL NUMÉRO DE VOL

DATE VILLES DE DÉPART ET D'ARRIVÉE

3. COORDONNÉES (PROBABLEMENT FOURNIES LORS DE VOTRE RÉSERVATION/ENREGISTREMENT, OU PEUVENT ÊTRE DEMANDÉES)

CONTACT : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE

VOTRE ADRESSE EMAIL

VOTRE NOTIFICATION DE SANTÉ

JE COMPRENDS QUE JE DOIS INFORMER L'AÉROPORT AU PLUS VITE SI L'UNE DES AFFIRMATIONS SUIVANTES ME CONCERNE :

- J'AI ÉTÉ TESTÉ(E) POSITIF(VE) AU COVID-19 AU COURS DES 14 JOURS PRÉCÉDENTS MON VOL.
- J'AI EU DES SYMPTÔMES DU COVID-19 (FIÈVRE, TOUX RÉCENTE, PERTE DE GOÛT OU D'ODORAT, DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES) AU COURS DES 8 JOURS PRÉCÉDENTS MON VOL.
- J'AI ÉTÉ EN CONTACT DIRECT (MOINS DE 2 MÈTRES PENDANT PLUS DE 15 MINUTES) AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU COVID-19 AU COURS DES 14 JOURS PRÉCÉDENTS MON VOL.
- JE DOIS, CONFORMÉMENT AUX RÉGLEMENTATIONS LOCALES ET NATIONALES, RESTER EN QUARANTAINE POUR DES RAISONS LIÉES AU COVID-19 POUR UNE PÉRIODE QUI INCLUT LA DATE DU VOL.

JE COMPRENDS QUE JE NE POURRAI POURSUIVRE MON VOYAGE SI L'UNE DE CES AFFIRMATIONS ME CONCERNE ET QUE JE N'EN AI PAS INFORMÉ L'AÉROPORT ET QUE MA SITUATION EST IDENTIFIÉE SUR PLACE À L'AÉROPORT.

SIGNATURE DU PASSAGER OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL* :

* EN CAS DE REPRÉSENTANT LÉGAL, ACCOMPAGNÉE DU NOM, PRÉNOM ET QUALITÉ