



## Formulaire de contrôle sanitaire

### Déclaration sanitaire du voyageur

Conservez le présent formulaire de contrôle sanitaire avec vos documents de voyage aux fins de vérification durant votre voyage et à votre arrivée. Il doit être présenté à l'embarquement. Le personnel et les autorités médicales habilitées de l'aéroport peuvent également vous le demander. Les données ci-dessous sont recueillies dans le cadre des mesures de santé publique visant à lutter contre la propagation du COVID-19 (la maladie provoquée par le nouveau coronavirus) et sont susceptibles d'être utilisées par les autorités sanitaires conformément à la législation néerlandaise. Ce formulaire doit être complété pour chaque voyageur à partir de 13 ans.

#### 1 Répondez aux questions suivantes par oui ou non :

- 1.1 Êtes-vous (ou la personne pour laquelle vous remplissez ce formulaire) actuellement atteint(e) d'une pneumonie ou du coronavirus (COVID-19), diagnostiqué ou suspecté ?  Oui  Non
- 1.2 Au cours des 10 derniers jours, avez-vous (ou la personne pour laquelle vous remplissez ce formulaire) été en contact avec une personne atteinte du coronavirus (COVID-19), diagnostiqué ou suspecté ?  Oui  Non
- 1.3 Avez-vous (ou la personne pour laquelle vous remplissez ce formulaire) présenté un ou plusieurs des symptômes suivants au cours des 24 dernières heures ?
- |                  |   |
|------------------|---|
| Fièvre           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Toux             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Écoulement nasal | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de gorge    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Essoufflement    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, les conditions contractuelles de transport aérien ne vous autorisent pas à embarquer.**

#### 2 Informations concernant le passager

- 2.1 Numéro de vol \_\_\_\_\_
- 2.2 Numéro de siège \_\_\_\_\_
- 2.3 Nom de famille et initiales \_\_\_\_\_
- 2.4 Date de naissance           \_\_\_\_\_

#### 3 Signature

**Je soussigné(e) certifie que les informations ci-dessus sont exactes.**

- 3.1 Date         \_\_\_\_\_
- 3.2 Heure \_\_\_\_\_
- Signature \_\_\_\_\_