

REPUBLIQUE GABONAISE
MINISTERE DE LA SANTE
AEROPORT DE LIBREVILLE
CENTRE DE DEPISTAGE COVID 19
SCREENING TESTING FOR COVID-19

Date : __/__/__ Code barre : _____

N° de vol : _____

Numéro de siège(seat number) _____

Nom (Family Name) _____

Prénom (First name) _____

Date de naissance (date of birth) _____

Lieu de naissance (Place of Birth) _____

Nationalité (nationality) _____

Profession _____

Numéro de téléphone (Phone Nr) _____

E-mail : _____

Pays de provenance _____

Aéroport d'Embarquement (Departure Airport) _____

Motif du voyage (Reason for Travel to Gabon) :

Tourisme Affaires / Conférences Résident

Travail Visite familiale Transit

Durée du séjour (Duration of stay) : _____ jours /days

Lieu de résidence au Gabon : _____

Nom et Numéro de telephone d'un autre contact au Gabon

(Name and telephon Nr of one of your contact in Gabon) _____

Voyagez-vous avec votre famille : _____

Si oui, préciser : _____

Avez-vous eu la COVID-19 ? _____

Si oui, préciser la date : ____/____/____

TEST COVID 19

Date du dernier test (last) COVID-19 : ____/____/____

A partir de quel prélèvement a-t-il été fait ?

Nez Gorge Sang

Avez-vous présenté un des symptômes suivants depuis votre dernier test PCR COVID ? (Did you have one of these syptoms since your last COVID PCR test ?)

Fièvre Frissons Courbatures Toux

Mal de gorge Rhume Eternuements

Céphalées Difficultés à respirer

Je déclare que toutes les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Je suis conscient(e) que toute fausse information pourrait m'entraîner des poursuites judiciaires.

Signature

Visa de la PAF