



**SANTÉ PUBLIQUE : FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE SANTÉ  
A L'ARRIVEE:**



Ministère de la Santé



Nom de la compagnie _____	N° vol _____
N° siège occupé _____	N° siège à l'embarquement _____
Nom et Prénoms _____	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance ...../...../.....	Profession _____

Pays de provenance _____	Durée de séjour _____	N° Passeport _____
Destination finale : _____	Résidence en Guinée : Ville _____	Commune _____
Quartier _____	Téléphone _____	

Température à l'arrivée : .....°C (A renseigner par les agents de santé)

1. Au cours des 14 jours précédant votre départ, avez-vous consulté pour un Problème de santé ? Non  Oui   
Si oui,

Préciser le motif : \_\_\_\_\_

2. Des cas suspects ou confirmés de fièvre de coronavirus ont-il été déclarés au sein de votre famille ou dans votre entourage ? Non  Oui

3. Au cours des 14 jours précédant votre départ, avez-vous été en contact avec un cas suspect ou un cas confirmé de coronavirus ? Non  Oui

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Heure.....

*Je déclare avoir lu et compris le formulaire ci-dessus et déclare que toutes mes réponses sont exactes. Je comprends aussi que toute assertion inexacte ou fausse peut constituer un risque de santé publique pour le pays d'accueil.*

*- Merci de nous aider à protéger votre santé.*



Department of Health

# PUBLIC HEALTH DECLARATION FORM ON ARRIVAL



Compagny name _____	Flight number _____
Actual number _____	assigned seat number _____
Name / First name _____	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date of birth ...../...../.....	Occupation _____

Country of origin _____	Duration o the stay _____	N° Passport _____
Final destination : _____	Place of residence in Guinea: City _____	Commune _____
District _____	Téléphone Number _____	

Temperature on arrival:.....°C (to be completed by health workers)

1. the last 14 days, have you consulted any one for a health problem?  No  Yes

if so,

Please specify e reason: \_\_\_\_\_

2. Has there been a suspected or confirmed case of coronavirus declared in your family or in you neighborhood?

No  Yes

3. In the last 14 days, have you been in cotct with a suspect or confirmed case of the coronavirus?

No  Yes

Signature of the applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time.....

I have read and understood the above form and declare that all my answers are true. I also undstand that any misrepresentation or false information may constitute a public health risk to the host country.

*- Thank you for helping us to protect your health*