

FORMULAIRE DE SANTE PUBLIQUE A COMPLETER PAR CHAQUE PASSAGER

(UN FORMULAIRE PAR PERSONNE)

(Revision. 09, 16.03.22)

Note: Ce formulaire doit être complété au maximum un jour avant la croisière à cause des remises à jour continues imposées par les protocoles Européens .



Date: _____

Navire: _____ Numero de cabine: _____

Nom et Prénom: _____

Enfants en dessous de 18 ans concernés par ce questionnaire :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Afin de nous aider à assurer la santé et la sécurité de nos clients et de notre équipage pendant cette croisière, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes :

1. Avez-vous ou une autre personne énoncée ci-dessus été testé positif/positive au Covid-19 dans les derniers 14 jours ? O N

2. Avez-vous ou une autre personne énoncée ci-dessus, été en contact rapproché, ou aidé une personne suspectée ou diagnostiquée porteur/porteuse du virus COVID-19 pendant les derniers 14 jours ? O N

3. Etes-vous ou une autre personne énoncée ci-dessus, actuellement en traitement pour avoir été sujet à une possible exposition au virus Covid-19 O N

4. Avez-vous ou une autre personne énoncée ci-dessus, une température de 38C/100,4 F ou plus), vous sentez vous fiévreux ou avez-vous des frissons, avez-vous des difficultés pour respirer, vous sentez vous fatigué, avez-vous mal aux muscles, à la tête. Avez-vous perdu le sens du goût ou de l'odeur, avez-vous mal à la gorge, avez-vous le nez qui coule, des nausées, ou envie de vomir ou souffrez-vous de diarrhées ? O N

Dans le cas où vous seriez concerné/e par un problème sanitaire ou de sécurité, nous demandons que vous indiquiez les coordonnées d'une personne à contacter. Ces informations ne seront utilisées uniquement que pour les raisons indiquées ci-dessus et seront effacées dès la fin de la croisière. Vous pouvez indiquer un membre de votre famille, parents, épouse, époux ou toute autre personne que vous considérez étant votre personne de référence.

Nom du contact : _____ Numéro de tel : _____

Nom du contact : _____ Numéro de tel : _____

En signant ce formulaire, je confirme mon souhait d'adhérer aux protocoles de santé à bord et à terre, pendant cette croisière. Je certifie que les déclarations sont réelles et correctes et je comprends que toutes fausses déclarations pourraient avoir de sérieuses implications sur la santé publique et que des pénalités pourraient en suivre.

Signature: _____