



FICHE DE SYMPTOMATOLOGIE DU COVID-19

DÉCLARATION SOUS SERMENT

Je confirme avoir reçu les explications de l'objet de cette évaluation et je me compromets à répondre en toute vérité.

Je: (nom, prénom) de nationalité
..... identifié avec le passeport N°, déclare:

Que durant les 14 derniers jours je n'ai eu aucun des symptômes suivants:

CONCEPT	OUI	NON
1. Sensation de hausse thermique ou fièvre		
2. Toux, éternuements ou difficulté à respirer		
3. Expectoration ou flegme jaune ou verte		
4. Contact avec une ou des personne(s) ayant un cas confirmé de COVID-19		
5. Prendre une médication <i>*Détaillez le(s) médicament(s) :</i>		

Toutes ces informations exprimées dans cette fiche constituent une déclaration sous serment de ma part.

Aussi j'ai été informé(e) que oublier ou déclarer une fausse information peut porter préjudice à la santé de toute personne avec laquelle je suis en contact, ainsi que ma propre santé, en assumant les responsabilités qui correspondent.

Date:/...../.....

.....

SIGNATURE

***PERSONNE RESPONSABLE DE LA RÉCEPTION:** Je:,
identifié avec le DNI / Carnet Extranjería N° donne conformité de la réception du document.