

Date :

Cher (e) invité (e),

Afin d'empêcher autant que possible la diffusion de COVID-19 (coronavirus), nous demandons à toutes les personnes qui viennent au sein de Sebia pour quelque raison que ce soit de remplir ce formulaire.

Sebia conservera les informations recueillies pendant soixante (60) jours afin de pouvoir donner au Ministère de la Santé la traçabilité de tout personnel non Sebia entrant et de son état de santé.

NOM	PRENOM	PAYS

Je déclare sous ma responsabilité personnelle qu'au cours des vingt (20) derniers jours, je ne me suis pas rendu dans une zone, un bâtiment, un village, une ville ou un pays déclaré par les autorités locales ou nationales, infecté par le COVID-19 (coronavirus), ni n'en suis ressorti.

Signature: \_\_\_\_\_

Je déclare sous ma responsabilité personnelle que je n'ai aucun des symptômes tels que la fièvre, la toux intense, les difficultés respiratoires.

Signature: \_\_\_\_\_

Je déclare sous ma responsabilité personnelle que je suis et que j'ai l'intention de continuer à suivre les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour prévenir la diffusion du COVID-19 (coronavirus).

Signature: \_\_\_\_\_