

ATTESTATION DE DÉPLACEMENT VERS LA FRANCE MÉTROPOLITAINE
DEPUIS UN PAYS IDENTIFIÉ COMME ZONE DE CIRCULATION DE L'INFECTION DU SARS-CoV-2*
(*TOUS LES PAYS HORMIS LES ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPEENNE, ANDORRE, ISLANDE, LIECHTENSTEIN, MONACO, NORVEGE, SAINT-MARIN, SUISSE, ROYAUME-UNI, VATICAN, AUSTRALIE, CANADA, COREE DU SUD, GEORGIE, JAPON, NOUVELLE-ZELANDE, RWANDA, THAILANDE, TUNISIE, URUGUAY)

Cette attestation est à présenter aux compagnies de transport, avant l'utilisation du titre de transport, par les passagers qui souhaitent voyager à destination de la France métropolitaine, ainsi qu'aux autorités en charge du contrôle des frontières. A défaut, un refus d'embarquement ou d'accès au territoire sera prononcé. Elle devra être accompagnée de la présentation d'une déclaration sur l'honneur d'absence de symptômes d'infection à la covid-19. Pour les personnes de onze ans ou plus en provenance de certains pays ou y ayant séjourné durant les trente jours précédant leur départ et dont la liste figure sur les sites internet des ministères de l'intérieur et de la santé français, l'accès au moyen de transport peut nécessiter la présentation avant embarquement d'un résultat valide de test négatif à l'infection à la covid-19 de moins de 72 heures. La présentation d'un test négatif reste fortement recommandée pour les arrivées depuis les autres pays en zone de circulation active du virus SARS-CoV-2.

Partie à compléter par le voyageur :

Je soussigné(e),

Mme/M. :

Né(e) le :

Nationalité :

Demeurant :

certifie que mon motif de déplacement correspond à l'une des catégories suivantes (cocher la case) :

- R ressortissant de nationalité française, ainsi que son conjoint et ses enfants ;
- R ressortissant de l'Union européenne ou ressortissant andorran, britannique, islandais, liechtensteinois, monégasque, norvégien, suisse, de Saint-Marin et du Vatican, ayant sa résidence principale en France ou qui rejoint, en transit par la France, le pays dont il est le national ou le résident, ainsi que son conjoint et ses enfants ;
- R ressortissant de pays tiers, titulaire d'un titre de séjour ou d'un visa de long séjour français ou européen en cours de validité, ayant sa résidence principale en France ou qui rejoint, en transit par la France, son domicile dans un pays de l'Union européenne ou assimilé ;
- R ressortissant de pays tiers, en transit de moins de 24 heures en zone internationale ;
- M membre de délégation en mission officielle ou personnel de mission diplomatique et/ou consulaire, ou d'une organisation internationale ayant son siège ou un bureau en France, de même que leur conjoint et enfants ;
- P professionnel de santé étranger concourant à la lutte contre la Covid-19 ;
- E équipage ou personnel étranger exploitant des vols passagers et cargo, ou voyageant comme passager pour se positionner sur sa base de départ ;
- R ressortissant étranger qui assure le transport international de marchandises ;
- C conducteur ou équipier d'autocar ou de train de passagers ;
- M membre d'équipage ou personne exploitant un navire de commerce ou de pêche ;
- E étudiant titulaire d'un VLS, d'un VCS pour études ou pour stages (hors VCS Concours), ou venant pour moins de 90 jours en provenance d'un pays dispensé de VCS, justifiant d'un lieu d'hébergement en France ;
- P professeur ou chercheur employé ou invité par un établissement d'enseignement ou un laboratoire de recherche français qui se déplace à des fins d'études et d'enseignement ;
- R ressortissant de pays tiers disposant d'un VLS « passeport Talent »

Fait à, le...../...../2020

(signature)

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES D'INFECTION PAR LA COVID-19

Cette déclaration est à présenter aux compagnies de transport, avant l'utilisation du titre de transport, par les passagers qui souhaitent voyager à destination de la France métropolitaine, ainsi qu'aux autorités en charge du contrôle des frontières.

Je soussigné(e),

Mme/M. :

Né(e) le :

À :

Demeurant :

déclare sur l'honneur n'avoir présenté, au cours des dernières 48 heures, aucun des symptômes suivants :

- de la fièvre ou des frissons,
- une toux ou une augmentation de ma toux habituelle,
- une fatigue inhabituelle,
- un essoufflement inhabituel quand je parle ou je fais un petit effort,
- des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles,
- des maux de tête inexpliqués,
- une perte de goût ou d'odorat,
- des diarrhées inhabituelles.

Fait à :

Le : à h

Signature :

Formulaire de localisation de passager pour la santé publique : Pour protéger votre santé, lorsque les agents de santé publique soupçonnent la présence d'une maladie contagieuse à bord d'un vol, vous devez remplir le présent formulaire. Les renseignements que vous donnez aideront les agents de santé publique à communiquer avec vous si vous avez été exposé à une maladie contagieuse. Il est important que vous remplissiez le formulaire au complet et que vous donniez des renseignements exacts. Les renseignements recueillis sont destinés à être conservés conformément aux lois applicables et ne serviront qu'aux fins de la protection de la santé publique.

~Nous vous remercions de nous aider à protéger votre santé.

Un formulaire par famille, à remplir par un adulte. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie (MAJUSCULES). Pour indiquer un espace, laissez la case vierge.

RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL : 1. Compagnie aérienne 2. Numéro de vol 3. Numéro de siège 4. Date d'arrivée (aaaa/mm/jj) 2 0

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : 5. Nom de famille 6. Prénom 7. Initiale 8. Sexe Masculin Féminin

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE où vous pouvez être rejoint au besoin. Indiquez le code de pays et le code de ville.

9. Portable 10. Travail
 11. Domicile 12. Autre
 13. Adresse électronique

ADRESSE PERMANENTE : 14. Numéro et rue (*Laissez une case vierge entre le numéro et la rue.*) 15. Numéro d'appartement

16. Ville 17. État/Province
 18. Pays 19. Code postal

ADRESSE TEMPORAIRE : Pour les visiteurs, indiquez uniquement la première étape de votre séjour.

20. Nom de l'hôtel (le cas échéant) 21. Numéro et rue (*Laissez une case vierge entre le numéro et la rue.*) 22. Numéro d'appartement
 23. Ville 24. État/Province
 25. Pays 26. Code postal

CONTACT D'URGENCE : Coordonnées d'une personne qui pourra vous rejoindre au cours des 30 prochains jours.

27. Nom de famille 28. Prénom 29. Ville
 30. Pays 31. Adresse électronique
 32. Portable 33. Autre numéro de téléphone

34. COMPAGNONS DE VOYAGE – MEMBRES DE LA FAMILLE : Indiquez l'âge des personnes de moins de 18 ans seulement.

	Nom de famille	Prénom	Numéro de siège	Âge < 18
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

35. COMPAGNONS DE VOYAGE – AUTRES QUE DES MEMBRES DE LA FAMILLE : Indiquez le nom du groupe (le cas échéant).

	Nom de famille	Prénom	Groupe (<i>voyage organisé, équipe, entreprise, autre</i>)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>