



OUI ☐ NON ☐

Personnel hospitalier en contact avec COVID-19	<input type="checkbox"/>	Visite pour suspicion COVID-19	<input type="checkbox"/>
Personnel hospitalier sans contact avec COVID-19	<input type="checkbox"/>	Visite pour une autre raison	<input type="checkbox"/>

OUI ☐ NON ☐

**29. S'il vous plait, indiquer le pays de départ du voyage**

[illegible][illegible]

Tourisme   Travail   Famille   Mission Spéciale   Coopération   Un autre

*Je m'engage à ce que si, dans les 14 jours suivant l'entrée en Espagne, je présente des symptômes d'infection respiratoire aiguë (fièvre, toux ou difficulté respiratoire), je m'isole à domicile/lieu de résidence, en effectuant une auto-surveillance des symptômes du coronavirus et je contacterai par téléphone les autorités sanitaires compétentes de mon département/région.*

***Et pour que cela soit consigné à temps, je confirme la véracité des informations fournies.***

**Cocher pour accepter:** ☐

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

V5