

MINISTRY OF HEALTH AND WELLNESS
LABORATORY SERVICES

Location Stamp

COVID 19 LABORATORY REQUEST FORM

(To be filled in capital letters/À remplir en lettres majuscules)

Date of Arrival / Date d'arrivée: D/J 11 M/M 12 Y/A 2021 Flight No / N° de vol: MK 749 Seat No / N° de siège: 40A

Mr/Mrs/Miss / Mons/Mme/Mlle: MR

Surname / Nom: SHARMA

First Name(s) / Prénom(s): RISHABH SANJAY

NIC Number (for residents) / N° de carte d'identité: [Empty box]

Passport No: / N° de passeport: M 1 7 7 6 7 9 6

Date of Birth / Date de naissance: D/J 05 M/M 01 Y/A 1997 Age / Âge: 24

Have you been tested positive for Covid-19? / Avez-vous été testé positif au Covid-19? Yes/Oui ☐ No/Non ☒

Contact Number(s) in Mauritius / N° de contact à Maurice	Mobile: +23057111100 Home: +23058805187	Email Address / Adresse email: rishabh.sharma05011987@gmail.com
Hotel in Mauritius / Hôtel à Maurice		
Address in Mauritius / Adresse à Maurice	10, JACARANDAS AVENUE, QUATRE BORNES, MAURITIUS	

Passenger Declaration/Déclaration du Passager

I hereby declare that the information given above is true and complete. I understand that I shall commit an offence if I fail to fill in this form or knowingly give false information.

Je déclare qu'à ma connaissance toutes les informations fournies sont exactes et complètes. Je suis conscient(e) que le fait de ne pas remplir cette fiche ou toute fausse déclaration de ma part pourrait entraîner des poursuites pénales.

Signature: RISHABH SANJAY Date: 10 / 12 / 2021

FOR OFFICIAL USE/USAGE OFFICIEL

TYPE OF SPECIMENS

Please tick ☒ the appropriate box(es) below

☐ Nasopharyngeal Swab ☐ Throat Swab ☐ Antibodies ☐ Other (specify)

Specimen No:

Sample Collected by: Signature:

FOR LABORATORY USE

Laboratory Specimen No:

LABORATORY RESULTS

☐ Detected (Positive) ☐ Not Detected (Negative) ☐ Repeat ☐ Rejected

Comments:

Date: / / Approved by: Signature: