



# QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-EMBARQUEMENT

**Veillez compléter ce formulaire et le présenter lors de l'enregistrement à l'embarquement afin de protéger votre santé et celle des autres passagers.**

Il est important de remplir ce formulaire entièrement et avec exactitude. Vos informations sont destinées à être utilisées uniquement à des fins de santé publique. Chaque adulte d'une famille doit remplir son propre formulaire.

À remplir en lettres **MAJUSCULES**.

## 1. INFORMATIONS SUR LE VOYAGE

Numéro de cabine :

Date d'embarquement :

Nom du navire :

## 2. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de famille :

Initiale du deuxième prénom/Deuxième prénom :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

## 3. Avez-vous présenté l'un des signes ou symptômes suivants au cours des 10 derniers jours ?

Oui	Non	Toux	Oui	Non	Maux de tête
Oui	Non	Essoufflement	Oui	Non	Maux de gorge
Oui	Non	Difficultés respiratoires	Oui	Non	Congestion ou écoulement nasal
Oui	Non	Fièvre ou frissons	Oui	Non	Perte du goût ou de l'odorat
Oui	Non	Fatigue	Oui	Non	Nausées
Oui	Non	Douleurs corporelles ou musculaires	Oui	Non	Vomissements ou diarrhées

## 4. Votre schéma vaccinal contre la Covid-19 est-il complet ?      **OUI    NON    S/O**

Vous devrez présenter un justificatif lors de l'embarquement.

(Obligatoire uniquement pour les voyages en Antarctique, au Passage du Nord-Ouest et en Afrique de l'Ouest. Pour toutes les autres régions, cochez S/O)

Signature .....

Date :

## ADMIN

Commentaires : .....