**FORMULAIRE DE DECLARATION SANTE**

**SUR LA DEMANDE DE VISA POUR**

**LA REPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 : INFORMATION PERSONNELLE** | | | | | |
| **Nom :** |  | | | **PHOTO D’IDENTITE** | |
| **Nom de jeune fille :** |  | | |
| **Prénom :** |  | | |
| **Date de naissance :** |  | | |
| **Profession :** |  | | |
| **Passeport : no** |  | | |
| **Délivré le à** | | | | | |
| **Numero de téléphone en guinée :** | | | | | |
| **Adresse en guinée :** | | | | | |
|  | | | | | |
| **SECTION 2 : INFORMATION DU VOL** | | | | | |
| **No vol pour entrée en Chine :** | |  | | | |
| **Aéroport de débarquement**  **à destination de Chine :** | |  | | | |
| **No vol pour sortie de Chine :** | |  | | | |
| **Aéroport d’embarquement :** | |  | | | |
|  | | | | | |
| **SECTION 3 : INFORMATION DE SANTE** | | | | | |
| **Veuillez cocher OUI ou NON aux affirmations ci-dessous**  **AU COURS DES DERNIERS 21 JOURS, AVEZ-VOUS :** | | | | | |
| *---EU CONTACT AVEC OU SOIGNE UN MALADE SUSPECT D’EBOLA* | | | Oui □ | | Non □ |
| *---VISITE LES ZONES INFECTEE PAR LE VIRUS EBOLA* | | | Oui □ | | Non □ |
| *---EU DES AMIS PROCHES OU PARENTS INFECTEE PAR LE VIRUS EBOLA* | | | Oui □ | | Non □ |
| *---PARTICIPE AUX CEREMONIES DE FUNERAILLES DES MORTS D’EBOLA* | | | Oui □ | | Non □ |

**JE DECLARE QUE LES INFORMATIONS FOUNIES CI-DESSUS SONT CORRECTES ET JE COMPRENDS QUE DES FAUSSES INFORMATIONS PEUVENET MENER AUX ACTIONS LEGALES, Y COMPRIS LA POURSUITE JUDICIAIRE.**

DATE ET LIEU : SIGNATURE DU DEMANDEUR :