REPUBLIQUE DE GUINEE

FORMULAIRE DE DECLARATION SANTE
HEALTH DECLARATION FORM

en caractère d'imprimerie / Please print clearly DATE _____

S2AC

N° VOL : Flight number _____

NOM : _____
Last Name

NOM DE JEUNE FILLE (pour les dames) _____
Maiden name (if applicable)

PRENOM(S) : _____
First name

DATE DE NAISSANCE : _____ _____ _____ LIEU : _____
Date of birth *jour/day* *mois/month* *Année/year* *Place of birth*

NATIONALITE : _____
Nationality

PROFESSION : _____
Ocupation

PASSEPORT N° : _____ Délivré le _____ A _____
Passeport *issued on* *At*

DOMICILE en GUINEE pendant séjour : (lieux ou villes visités pendant séjour) :
_____
Guinea address (places or cities visited during your stay)

AEROPORT DE DESTINATION FINALE _____
Airport at final destination

ADRESSE DANS LE PAYS DE DEBARQUEMENT _____
Address in country of destination
_____

N° téléphone à destination _____
Telephone number at destination
NUMERO téléphone en Guinée _____
Telephone number in Guinea

Veuillez cocher OUI ou NON aux affirmations ci-dessous

Please respond YES or NO to the following statements

Dans les dernières 48 heures / In the last 48 hours

	Oui Yes	Non No
- J'ai eu le corps chaud (fièvre) *I have felt feverish or have had a fever*		
- J'ai eu des vomissements *I have vomited*		
- J'ai eu de la diarhée *I have had diarrhea*		
- J'ai ressenti une fatique inhabituelle *I have been unusually tired or fatigued*		
- J'ai eu des saignements anormaux - *I have had unusual bleeding*		

Remplir au recto ___/___
Fill out front and back

2014.500.32.3.1