

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné,

Melle/Mme/M.

Né (e), le..... à

Numéro de passeport :

Délivré par : le

Adresse en Algérie :

.....
.....

Numéro de téléphone :

Déclare avoir été informé (e) et pris connaissances des dispositions et mesures sanitaires exceptionnelles prises par le Gouvernement Algérien dans le cadre de la prévention et la lutte contre la propagation du CORONA-VIRUS, COVID-19.

Je m'engage à me soumettre à mon arrivée sur le territoire national, sans conditions, aux exigences de mise en quarantaine pendant 14 jours décidée par les autorités sanitaire du pays.

Lu et approuvé

Signature

Pour plus d'informations :

Site web : <http://covid19.sante.gov.dz>

Numéro vert : 3030