

HÔTEL ARTEA / AIX-EN-PROVENCE

NOM :

Prénom :

Sexe :

F x

H

Date de naissance : / /

Adresse :

Téléphone :

E-mail :@.....

Date d'arrivée : / /

Date de départ : / /

FORMULAIRE PASSAGER FLYAÏR

NOM :
PRÉNOM :

N° DE PASSEPORT :

TÉLÉPHONE :

E-MAIL :

TÉLÉPHONE D'UN PROCHE :

ADRESSE EN FRANCE :

ADRESSE EN TURQUIE :

VOL N° :

SIÈGE N° :

DATE DU VOL : .../.../.....

Si vous présentez un ou plusieurs des symptômes énumérés ci-dessous, veuillez cocher :

Fièvre Toux Douleur à la gorge Essoufflement

Pays que vous avez visités ces 14 derniers jours: Italie - Espagne

Avez-vous été en contact étroit avec un patient faisant l'objet d'une enquête pour suspicion de COVID-19?

Oui Non Ne sait pas

Les informations que j'ai déclarées sont correctes et personnelles.

Date : .../.../.....

Signature :

YOLCU FORMU FLYAİR

AD SOYAD :

PASSAPORT NO :

TELEFON :

E-POSTA :

BİR YAKININIZIN TELEFONU :

FRANSA ADRES :

TÜRKİYE ADRES:

UÇUŞ NO:

KOLTUK NO :

TARİH : .../.../.....

Aşağıda yazılan belirtilerden bir veya birkaçı sizde varsa lütfen işaretleyiniz =ne var?

Ateş Öksürük Boğaz Ağrısı Nefes Darlığı

Son 14 gün içinde bulunduğunuz ülkeler : İtalya -İspanya

COVID-19 şüphesi ile incelenen bir hasta ile yakın temasta buldunuz mu?

Evet Hayır Bilinmiyor

Beyan ettiğim bilgiler doğru olup tarafıma aittir.

Beyan Tarihi : .../.../.....

İmza