

## PRÉVENTION COVID-19

### FORMULAIRE DE SUIVI DES PASSAGERS À DESTINATION DU CAMEROUN

En application des directives gouvernementales de l'État du Cameroun, les personnes désirant embarquer sur les vols de la compagnie aérienne Air France à destination du Cameroun, autorisés durant la période du 4 mai au 30 juin 2020, sont informées, qu'en plus des procédures appliquées par Air France pour empêcher les personnes symptomatiques de voyager, elles seront soumises aux obligations ci-après :

1. Soit soumettre un test de dépistage négatif au coronavirus (SARS-CoV-2) datant de **moins de 3 jours** avant le départ et souscrire à un engagement d'auto-confinement à domicile dès leur arrivée au Cameroun, pendant une période de 14 jours ;
2. Soit se soumettre à leur l'arrivée au Cameroun, à un test de dépistage au coronavirus effectué par les autorités sanitaires et souscrire à un engagement de confinement pendant une période de 14 jours. Le confinement des personnes testées positif pourrait s'effectuer dans un hôtel figurant dans la liste des hôtels proposés, à leurs frais, ou dans un des sites mis à disposition par les autorités.

Par ailleurs, un suivi individuel de chaque passager sera effectué par les autorités sanitaires pendant une période d'au moins 14 jours. A cet effet, les services d'immigration retiendront les passeports des voyageurs pendant toute la durée de ce suivi.

Afin d'accélérer les procédures de prise en charge à l'arrivée à l'aéroport, chaque passager devra renseigner:

- le formulaire ci-après et le soumettre à l'Autorité Aéronautique à [prevention.sante@ccaa.aero](mailto:prevention.sante@ccaa.aero) au moins 24 heures avant l'heure prévue de départ;
- le formulaire de déclaration sur l'honneur ci-joint en deux exemplaires.

À son arrivée au Cameroun, chaque passager devra être en possession d'une version imprimée du formulaire soumis à l'Autorité Aéronautique et des deux exemplaires du formulaire de déclaration sur l'honneur.

#### Identification

Nom et prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Genre	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nationalité	
Profession	
Détails passeport (Numéro, Expiration)	
Adresse permanente (Ville, Quartier, Point de repère)	

#### Voyage

Compagnie aérienne	
Numéro de siège	
Numéro de vol	
Pays de Provenance	
Pays de Destination	
Date d'arrivée	
Durée du séjour (en jours)	
Motif de visite	

#### Localisation

Téléphone(s)	
Email	
Moyen d'hébergement	
Contacts en cas d'urgence	

#### Santé

Pays de transit (présent voyage)	
Avez-vous été sujet aux symptômes suivants au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Écoulement nasal <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement
	<input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Douleurs : <input type="checkbox"/> Musculaires <input type="checkbox"/> Poitrinaires <input type="checkbox"/> Abdominales <input type="checkbox"/> Articulaires
Pays visités (90 derniers jours)	
Résultat de votre test au COVID-19	<input type="checkbox"/> Négatif (le soumettre à <a href="mailto:prevention.sante@ccaa.aero">prevention.sante@ccaa.aero</a> ) <input type="checkbox"/> Non testé

**PRÉVENTION COVID-19**  
**FORMULAIRE DE SUIVI DES PASSAGERS À DESTINATION DU CAMEROUN**

**Liste d'hôtels proposés pour le confinement**

1. Yaoundé

<b>N°</b>	<b>NOMS</b>	<b>LOCALISATION</b>	<b>STANDING<sup>1</sup></b>	<b>SÉLECTION</b>
1.	Aurélia Palace	Nylon Bastos	Niveau 1	
2.	Hôtel Yaahot	Rue Ceper	Niveau 1	
3.	Hôtel Azur	Bastos	Niveau 1	
4.	Hôtel Franco	Nlongkak	Niveau 1	
5.	Hôtel Meumi palace	Carrefour Bastos	Niveau 2	
6.	Hôtel Félicia	Coron	Niveau 2	
7.	Xavièra Hôtel	Tropicana	Niveau 2	
8.	Nguela Hotel	Bastos	Niveau 3	

2. Douala (Sera mis à jour)

---

<sup>1</sup> **Niveau 1** : Tarif supérieur à 40.000 (quarante mille) FCFA;  
**Niveau 2** : Tarif : 30.000 (trente mille) FCFA ;  
**Niveau 3** : Tarif : 25.000 (vingt-cinq mille) FCFA.



**LUTTE CONTRE CORONAVIRUS (COVID-19)**

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e),

Mme, Mlle, M. \_\_\_\_\_  
CNI/Passeport N° \_\_\_\_\_  
Délivrée le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
En provenance de : \_\_\_\_\_  
Résidant au quartier : \_\_\_\_\_  
Arrondissement de : \_\_\_\_\_  
Ville de : \_\_\_\_\_  
N° Tél : \_\_\_\_\_  
Dépisté(e) négatif (ve) au COVID-19 le \_\_\_\_\_

**m'engage sur l'Honneur à :**

- respecter scrupuleusement à ma résidence/domicile les mesures de confinement de 14 (quatorze) jours prescrites par le Gouvernement, afin d'éviter la contamination de ladite pandémie à d'autres compatriotes ainsi que sa propagation sur le territoire national ;
- me soumettre au terme de ladite quarantaine de quatorze (14) jours au test de contrôle du personnel de santé désigné à cet effet ;
- assumer toute sanction découlant du non respect de la présente Déclaration sur l'Honneur.

En foi de quoi, la présente Déclaration sur l'Honneur est délivrée en deux exemplaires originaux, pour servir et valoir ce que de droit. /-

FAIT A \_\_\_\_\_, LE \_\_\_\_\_

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_