**Engagement**

**Je soussigné,**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| CIN n° ou Carte de séjour n° |  |
| Passeport N° |  |
| Passager du vol n° |  |
| En provenance de |  |
| En date du |  |

**M’engage sur l’honneur à :**

1. **Observer une période d’auto-confinement de CINQ JOURS, à compter de la date d’aujourd’hui, à l’adresse suivante :**

|  |
| --- |
|  |

1. **Prendre contact avec les autorités sanitaires en cas de symptômes évoquant la COVID-19**

**Je reste joignable au(x) numéro(s) de téléphone suivant**

|  |
| --- |
|  |

**Je comprends que les autorités peuvent contrôler mon respect du confinement durant cette période.**

**Signature :**

Aéroport de …………………………………………

Le…………………………………………………………