

PAXIN 52b: Passenger and Day Visitor Health Declaration

Part A: Declaration of Health / Déclaration de Santé

All passengers and day visitors must complete this declaration before boarding the vessel. Failure to complete this document could result in delayed or denial of boarding.

Tous les passagers et visiteurs d'un jour doivent remplir cette déclaration avant de monter à bord du navire. Le fait de ne pas remplir ce document pourrait entraîner un retard ou un refus d'embarquement.

Personal Information				
Embarkation Date: <i>Date d'embarquement:</i>	Disembarkation Date: <i>Date de débarquement:</i>	Date of birth: <i>Date de naissance:</i>	Vessel: <i>Navire:</i>	
Family Name: <i>Nom de famille:</i>		First Name: <i>Prénom:</i>	Cabin number: <i>Numéro de cabine:</i>	
Names of children (aged 18 or younger): <i>Noms des enfants (âgés de 18 ans ou moins) :</i>		Port of embarkation: <i>Port d'Embarcation:</i>	Port of Disembarkation: <i>Port de débarquement:</i>	
Health Declaration (to be completed prior to boarding) / Déclaration de Santé (à compléter avant l'embarquement)			Yes/Oui	No/Non
1	In the past 24 hours have you experienced a fever or felt ill? <i>Au cours des dernières 24 heures, avez-vous eu de la fièvre ou vous êtes-vous senti mal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Are you currently experiencing any flu-like symptoms (e.g. sore throat, runny nose, cough, body aches)? If yes, when did this start: <i>Éprouvez-vous actuellement des symptômes pseudo-grippaux (par exemple, maux de gorge, écoulement nasal, toux, courbatures) ? Si oui, quand cela a-t-il commencé:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	In the past 7 days, have you been in close contact with, or helped care for anyone known or suspected of having COVID-19? <i>Au cours des 7 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec, ou avez-vous aidé à prendre soin d'une personne connue ou suspectée d'avoir COVID-19?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Do you have any concerns about your personal health over the past 7 days, prior to joining the vessel or do you have reason to believe that you may have been in contact with someone that has been diagnosed with COVID-19, influenza or pneumonia? <i>Avez-vous des inquiétudes concernant votre santé personnelle au cours des 7 derniers jours avant de rejoindre le navire ou avez-vous des raisons de croire que vous avez peut-être été en contact avec une personne qui a reçu un diagnostic de COVID-19, de grippe ou de pneumonie?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Have you been tested for COVID-19 in the past 7 days? <i>Avez-vous été testé(e) pour le COVID-19 au cours des 7 derniers jours ?</i> If yes, please list your results: <i>Si oui, veuillez indiquer vos résultats :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Do you currently have diarrhea or have you been vomiting within the past 3 days? If yes, when did this start? <i>Avez-vous eu de la diarrhée ou des vomissements au cours des 3 derniers jours ? Si oui, quand cela a-t-il commencé?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Did you stay overnight or longer while traveling to the vessel? If yes... <i>Avez-vous passé plusieurs jours en voyage avant de rejoindre le navire ? Si oui...</i> a) Where did you stay?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<i>Où ?:</i> b) For how many days? <i>Pendant combien de jours ?</i>		
9	Please provide details of your travel history over the past 2 weeks: <i>Veillez fournir les détails de votre historique de voyage au cours des 2 dernières semaine:</i>		

The information in this questionnaire will be assessed by ships medical crew and may be reported to the relevant public health authorities. Penalties may apply to any individual who knowingly and willfully makes a false, fictitious or fraudulent statements.

I certify that the above declaration is true and correct and that any dishonest answers may have serious public health implications and result in disciplinary action taken by the ship.

Les informations contenues dans ce questionnaire seront évaluées par l'équipage médical du navire et pourront être signalées aux autorités de santé publique compétentes. Des sanctions peuvent s'appliquer à toute personne qui fait sciemment et volontairement des déclarations fausses, fictives ou frauduleuses.

Je certifie que la déclaration ci-dessus est vraie et correcte et que toute réponse malhonnête peut avoir de graves implications pour la santé publique et entraîner des mesures disciplinaires prises par le navire.

Signature and date: _____

Signature et date

Part B: Medical Assessment

This section is to be completed by the medical teams on embarkation.

Medical Assessment To be completed by medical personnel wearing universal PPE		
Temperature: Negative PCR presented <input type="checkbox"/> (not older than 48 hours) Antigen test completed <input type="checkbox"/> Result: Comments:		
Signed by ship's medical personnel		
Signature:	Date:	Time:
Name:	Position:	
Personal Information		
Family Name:	First Name:	