



RÉPUBLIQUE DE CHYPRE

## Formulaire de Localisation de Passager

Pour protéger votre santé du virus COVID-19, il vous est requis de remplir le présent formulaire. Il est important que vous donniez des renseignements exacts. Les renseignements recueillis et vos données personnelles demeurent confidentiels et ne serviront qu'aux fins de l'intérêt public et la protection de la santé publique du COVID-19. Nous vous remercions de nous aider à protéger votre santé.

Chaque membre de la famille doit remplir une demande distincte. Pour les mineurs de moins de 18 ans accompagnés ou non accompagnés, la demande doit être remplie, au nom des mineurs, par le(s) parent(s) gardien(s) / parent(s) adoptif(s) / tuteur légal / représentant(s) légal(aux), en signant la déclaration (\*) correspondante à la fin du présent formulaire.

En cas de transit ou de transfert de passagers via la République de Chypre vers d'autres pays, seules les informations correspondantes doivent être remplies: A. RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE VOYAGE, B. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, C. COORDONNÉES, ET I. DÉCLARATION DE VÉRITÉ

### A. RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE:

#### Genre de Voyage:

Veillez cocher la case appropriée qui décrit votre voyage en République de Chypre et compléter les informations

Vol Direct à Chypre

1. Compagnie aérienne

2. Numéro de Vol  
ou Numéro d'Enregistrement

3. Numéro de Siège (si disponible)

4. Pays de Départ

5. Date de Départ

6. Heure de Départ

7. Aéroport d'Arrivée

8. Date de Départ de Chypre (si disponible)

9. Si la date de départ de Chypre n'est pas disponible, veuillez indiquer la durée de votre séjour prévu à Chypre:

Moins de 12 mois  12 mois ou plus  Résident Permanent de Chypre revenant d'un voyage à l'étranger

Voyage à Chypre avec escale dans un/des pays intermédiaire(s) sans nuitée

1. Pays de Départ

2. Date de Départ  
(Pays Originaires)

3. Heure de Départ  
(Pays Originaires)

4. Dernier pays de Départ  
à destination de Chypre

5. Date de Départ du dernier pays  
à destination de Chypre

6. Heure de Départ du dernier pays  
à destination de Chypre

7. Compagnie aérienne du dernier départ

8. Numéro de Vol  
ou Numéro d'Enregistrement

9. Numéro de Siège (si disponible)

10. Aéroport d'Arrivée

11. Date de Départ de Chypre (si disponible)

12. Si la date de départ de Chypre n'est pas disponible, veuillez indiquer la durée de votre séjour prévu à Chypre:

Moins de 12 mois  12 mois ou plus  Résident Permanent de Chypre revenant d'un voyage à l'étranger

Voyage à Chypre avec escale dans un/des pays intermédiaire(s) avec nuitée

1. Pays de Départ

2. Date de Départ  
(Pays Originaire)

3. Heure de Départ  
(Pays Originaire)

4. Dernier pays de Départ  
à destination de Chypre

5. Date de Départ du dernier pays  
à destination de Chypre

6. Heure de Départ du dernier pays  
à destination de Chypre

7. Compagnie aérienne du dernier départ

8. Numéro de Vol  
ou Numéro d'Enregistrement

9. Numéro de Siège (si disponible)

10. Aéroport d'Arrivée

11. Date de Départ de Chypre (si disponible)

12. Si la date de départ de Chypre n'est pas disponible, veuillez indiquer la durée de votre séjour prévu à Chypre:

Moins de 12 mois

12 mois ou plus

Résident Permanent de Chypre revenant d'un voyage à l'étranger

**Voyage via la République de Chypre, en tant que passager de transfert ou en transit, vers d'autres pays**

### **Vol Direct à Chypre**

1. Compagnie aérienne

2. Numéro de Vol  
ou Numéro d'Enregistrement

3. Numéro de Siège (si disponible)

4. Date de Départ  
(Pays Originaire)

5. Heure de Départ  
(Pays Originaire)

6. Pays de Départ

7. Aéroport d'Arrivée

8. Date de Départ de Chypre

### **Vol direct depuis la République de Chypre**

1. Compagnie aérienne

2. Numéro de Vol  
ou Numéro d'Enregistrement

3. Numéro de Siège (si disponible)

4. Date de Départ

5. Heure de Départ

6. Pays de Destination

---

## **B. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS:**

---

1. Nom de Famille  
Naissance

2. Prénom

3. Initiale

4. Année de

5. Numéro de Carte d'Identité /Passeport

6. Pays de Naissance

7. Nationalité

8. Sexe

Masculin

Féminin

Autre

## C. COORDONNÉES:

Où vous pouvez être rejoint au besoin. (Indiquez le code de pays et le code de ville) :

1. Portable

2. Autre (si disponible)

3. Adresse électronique

## D. CONTACT D'URGENCE:

(Coordonnées d'une personne qui pourra vous rejoindre au cours des 30 prochains jours)

1. Nom de Famille

2. Prénom

3. Ville

4. Pays

5. Adresse électronique (si disponible)

6. Portable

7. Autre Numéro de Téléphone (si disponible)

## E. ADRESSE PERMANENTE:

1. Numéro et Rue (Laissez une case vierge entre le numéro et la rue)

2. Numéro d'appartement

3. Ville

4. État / Province

5. Pays

6. Code Postal

## F. ADRESSE TEMPORAIRE / PERMANENTE À CHYPRE:

1. Nom de l'hôtel (le cas échéant)

2. Numéro et Rue (Laissez une case vierge entre le numéro et la rue)

3. Numéro d'appartement

4. Ville

5. État / Province

6. Code Postal

## G. RAISON DU VOYAGE



## H. CATÉGORIE DE PASSAGER<sup>1</sup>

A. Si vous voyagez en République de Chypre en provenance de pays de la catégorie B (Pays de Départ), ou si vous avez séjourné / vécu dans un pays de la catégorie B au cours des 14 derniers jours avant votre voyage à Chypre, ou vous serez passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B, conformément à la classification des pays annoncée par la République de Chypre, et si vous appartenez à au moins une des catégories de passagers suivantes, à qui a été accordée la possibilité d'effectuer le test COVID -19 lors de l'entrée en République de Chypre, veuillez cocher la case appropriée:

1. Citoyens chypriotes et les membres de leur famille (conjoints étrangers et leurs enfants mineurs).

2. Personnes résidant légalement dans la République de Chypre.

3. Personnes autorisées à entrer en vertu de la Convention de Vienne<sup>2</sup>

4. Personnes des pays de catégorie B, dont les autorités, **dûment justifiées et suite à une annonce du Ministère de la Santé**, ne sont pas en mesure de proposer le test COVID-19 à ceux qui souhaitent se rendre à Chypre.

..... Veuillez déclarer le pays
------------------------------------

Si vous avez coché l'une des cases ci-dessus, effectuerez-vous le test COVID-19 lors de votre entrée en République de Chypre?

OUI  NON

B. Si vous voyagez en République de Chypre en provenance de pays de la catégorie C ou si vous avez séjourné / vécu dans un pays de la catégorie C au cours des 14 derniers jours avant votre voyage à Chypre, ou vous serez passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie C, conformément à la classification des pays annoncée par la République de Chypre et si vous appartenez à au moins une des catégories de passagers suivantes, à qui a été accordée la possibilité d'effectuer le test COVID -19 lors de l'entrée en République de Chypre, veuillez cocher la case appropriée:

1. Citoyens chypriotes et les membres de leur famille (conjoints étrangers et leurs enfants mineurs).

2. Personnes résidant légalement dans la République de Chypre.

3. Personnes autorisées à entrer en vertu de la Convention de Vienne<sup>3</sup>

4. Personnes, quelle que soit leur nationalité, bénéficiant d'une autorisation spéciale de la République de Chypre, conformément au décret (N.30) sur les Maladies Infectieuses (Mesures contre la propagation de la maladie coronavirus Covid-19).

Si vous avez coché l'une des cases ci-dessus, effectuerez-vous le test COVID-19 lors de votre entrée en République de Chypre?

OUI  NON

## I. DÉCLARATION DE VÉRITÉ

Je déclare, sous peine de sanctions en vertu des lois de la République de Chypre, que les faits et informations fournis sont complets, corrects et véridiques.

Dans le cas de mineurs accompagnés ou non accompagnés de moins de 18 ans, les informations seront fournies et le formulaire sera rempli et signé au nom des mineurs, par le(s) parent(s) gardien(s) / parent(s) adoptif(s) / tuteur légal / représentant(s) légal(aux), en signant également la (\*) de la déclaration correspondante.

(\*) Je / Nous ..... (nom du(des) parent(s) gardien(s) / parent adoptif(s) / tuteur légal / représentant légal), avec numéro de pièce d'identité / passeport ..... déclare et affirme solennellement que toutes les informations fournies à propos de mon /

---

notre enfant dans cette demande sont véridiques. Je / Nous avons la connaissance complète et je / nous consentons à la soumission de cette demande de mon / notre enfant. Je / Nous faisons cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et en sachant que toute déclaration fausse et / ou trompeuse sera passible de sanctions, en vertu des lois de la République de Chypre.

Date de déclaration: .....

Nom (MAJUSCULES): .....

Numéro de Carte d'Identité Nationale: .....

Numéro de Passeport: .....

Numéro de Téléphone: .....

Adresse Permanente: .....

Signature: .....

---

---

<sup>1</sup> Si vous voyagez en provenance d'un pays de la catégorie B ou si vous avez séjourné / vécu dans un pays de la catégorie B au cours des 14 derniers jours avant votre voyage à Chypre, ou vous serez passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B, et vous n'appartenez pas aux catégories de passagers du paragraphe A, qui ont la possibilité d'effectuer un test pour le COVID-19 à leur arrivée en République de Chypre, vous devez avoir effectué au préalable le test dans les 72 heures précédant votre départ. Dans ce cas, afin d'embarquer, vous devez avoir en votre possession le certificat, prouvant un résultat négatif au COVID-19 du test PCR. Si vous voyagez en provenance de pays de la catégorie C ou si vous avez séjourné / vécu dans un pays de la catégorie C au cours des 14 derniers jours avant votre voyage à Chypre, ou vous serez passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie C, et vous n'appartenez pas aux catégories de passagers du paragraphe B, vous n'êtes pas autorisé à voyager en République de Chypre.

<sup>2</sup> Convention de Vienne sur les relations diplomatiques de 1961, Convention de Vienne sur les relations consulaires de 1963

<sup>3</sup> Convention de Vienne sur les relations diplomatiques de 1961, Convention de Vienne sur les relations consulaires de 1963



RÉPUBLIQUE DE CHYPRE

## DÉCLARATIONS SUR L'HONNEUR

**1. Si vous voyagez en République de Chypre à partir d'un pays de catégorie A (en vol direct), ou si vous serez passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale(s) dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B ou C, sans nuitée, veuillez déclarer le pays ..... et remplir la déclaration suivante:**

- Je consens à d'éventuels tests COVID-19, sur demande, à mon arrivée en République de Chypre. (Les personnes autorisées à entrer en République de Chypre en vertu de la Convention de Vienne de 1961 et 1963 sont exemptées)
- Je suis pleinement conscient des risques et dangers liés à mon vol et séjour en République de Chypre, en raison de la pandémie COVID-19. J'assume et accepte l'entière responsabilité de tout risque de perte, de préjudice, de dommage matériel ou de blessure corporelle ou de décès, y compris de mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant) de moins de 18 ans et j'accepte de ne pas faire de réclamation et d'engager des poursuites contre toute personne et / ou tout type d'entreprise et / ou d'agents autorisés et / ou les autorités de la République de Chypre de toute perte, responsabilité, dommages ou frais que je pourrais supporter et / ou des frais que je pourrais encourir pendant mon voyage et mon séjour en République de Chypre, résultant du COVID-19 et / ou pour tout inconvénient que je subirai et / ou qu'ils subiront, y compris mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant) de moins de 18 ans, en raison de toute mesure de précaution appliquée pendant mon voyage et mon séjour en République de Chypre, aux fins de la protection de la santé publique contre le COVID -19. Cette exonération de responsabilité lie mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant), mon conjoint et mes héritiers, ayants droit et représentants personnels, exécuteurs testamentaires et successeurs.
- À la suite de mon retour dans mon pays de résidence permanente ou le pays où j'irai après mon voyage en République de Chypre, j'informerai les services médicaux de la République de Chypre, dans le cas où se manifestent des symptômes du COVID-19, dans les 14 jours suivant mon départ de la République de Chypre (adresse e-mail [monada@mphs.moh.gov.cy](mailto:monada@mphs.moh.gov.cy) )
- Je n'ai ressenti aucun des symptômes suivants tels que fièvre, toux, fatigue, mal de tête, myalgie, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement ou difficultés respiratoires, mal de gorge, congestion ou écoulement nasal, au cours des 14 derniers jours et / ou je n'ai pas été en contact direct avec un patient COVID-19 confirmé.
- Je n'ai pas séjourné / vécu dans un pays de la catégorie B ou C au cours des 14 derniers jours avant mon voyage à Chypre, et je ne serai pas passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée<sup>4</sup> dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B ou C, selon la classification de pays pertinente annoncée par la République de Chypre.

**Je fais cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et je déclare, sous peine de sanctions en vertu des lois de la République de Chypre, que les faits et informations fournis sont complets, corrects et véridiques.**

**Dans le cas de mineurs accompagnés ou non accompagnés de moins de 18 ans, les informations seront fournies et le formulaire sera rempli et signé au nom des mineurs, par le(s) parent(s) gardien(s) / parent(s) adoptif(s) / tuteur légal / représentant(s) légal(aux), en signant également la (\*) de la déclaration correspondante.**

**(\*) Je / Nous ..... (nom du(des) parent(s) gardien(s) / parent adoptif(s) / tuteur légal / représentant légal), avec numéro de pièce d'identité / passeport**

<sup>4</sup> Les passagers qui voyagent depuis des pays de catégorie A mais qui ont séjourné / vécu dans un pays de la catégorie B ou C au cours des 14 derniers jours avant leur voyage à Chypre, ou qui seront passagers d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B ou C, sont considérés comme des voyageurs en provenance de pays de la catégorie B ou C. Vous devez satisfaire les prérequis qui concernent le pays à risque le plus élevé où vous avez voyagé, sur la base des critères épidémiologiques et des catégories de pays publiés par le Ministère de la Santé. Par conséquent, la déclaration des pays de catégorie B ou C doit être remplie.

..... déclare et affirme solennellement que toutes les informations fournies à propos de mon / notre enfant dans cette demande sont véridiques. Je / Nous avons la connaissance complète et je / nous consentons à la soumission de cette demande de mon / notre enfant. Je / Nous faisons cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et en sachant que toute déclaration fausse et / ou trompeuse sera passible de sanctions, en vertu des lois de la République de Chypre.

Date de déclaration: .....

Nom (MAJUSCULES): .....

Numéro de Carte d'Identité Nationale: .....

Numéro de Passeport: .....

Numéro de Téléphone: .....

Adresse Permanente: .....

Signature: .....



- 2. Si vous voyagez vers la République de Chypre en provenance d'un pays de la catégorie B (soit en vol direct, soit en vol avec escale(s) dans un/des pays intermédiaire(s) sans nuitée) ou si vous avez séjourné / vécu dans un pays de catégorie B au cours des 14 derniers jours avant votre voyage à Chypre, ou si vous êtes passager d'un vol international en provenance de pays de la catégorie A avec escale(s) dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B avec nuitée, veuillez déclarer le pays ..... et remplir la déclaration suivante:**

**Je soussigné ..... DÉCLARE SOLENNELLEMENT ET SINCÈREMENT que:**

- Je consens à d'éventuels tests COVID-19, sur demande, à mon arrivée en République de Chypre. (Les personnes autorisées à entrer en République de Chypre en vertu de la Convention de Vienne de 1961 et 1963 sont exemptées)
- Je suis pleinement conscient des risques et dangers liés à mon vol et séjour en République de Chypre, en raison de la pandémie COVID-19. J'assume et accepte l'entière responsabilité de tout risque de perte, de préjudice, de dommage matériel ou de blessure corporelle ou de décès, y compris de mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant) de moins de 18 ans et j'accepte de ne pas faire de réclamation et d'engager des poursuites contre toute personne et / ou tout type d'entreprise et / ou d'agents autorisés et / ou les autorités de la République de Chypre de toute perte, responsabilité, dommages ou frais que je pourrais supporter et / ou des frais que je pourrais encourir pendant mon voyage et mon séjour en République de Chypre, résultant du COVID-19 et / ou pour tout inconvénient que je subirai et / ou qu'ils subiront, y compris mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant) de moins de 18 ans, en raison de toute mesure de précaution appliquée pendant mon voyage et mon séjour en République de Chypre, aux fins de la protection de la santé publique contre le COVID -19. Cette exonération de responsabilité lie mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant), mon conjoint et mes héritiers, ayants droit et représentants personnels, exécuteurs testamentaires et successeurs.
- À la suite de mon retour dans mon pays de résidence permanente ou le pays où j'irai après mon voyage en République de Chypre, j'informerai les services médicaux de la République de Chypre, dans le cas où se manifestent des symptômes du COVID-19, dans les 14 jours suivant mon départ de la République de Chypre (adresse e-mail [monada@mphs.moh.gov.cy](mailto:monada@mphs.moh.gov.cy))
- Je n'ai ressenti aucun des symptômes suivants tels que fièvre, toux, fatigue, mal de tête, myalgie, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement ou difficultés respiratoires, mal de gorge, congestion ou écoulement nasal, au cours des 14 derniers jours et / ou je n'ai pas été en contact direct avec un patient COVID-19 confirmé.
- Je n'ai pas séjourné / vécu dans un pays de la catégorie C au cours des 14 derniers jours avant mon voyage à Chypre, et je ne serai pas passager d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée<sup>5</sup> dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie B ou C, selon la classification de pays pertinente annoncée par la République de Chypre.
- Dans le cas où j'appartiens à l'une des catégories de passagers, à qui a été offerte l'option d'effectuer le test COVID -19 lors de l'entrée en République de Chypre et que j'aurais choisi d'effectuer le test lors de mon arrivée en République de Chypre, je suis conscient et accepte que je paierai personnellement les frais du test de laboratoire COVID- 19, qui s'élève à 60 euros.

**Je fais cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et je déclare, sous peine de sanctions en vertu des lois de la République de Chypre, que les faits et informations fournis sont complets, corrects et véridiques.**

Dans le cas de mineurs accompagnés ou non accompagnés de moins de 18 ans, les informations seront fournies et le formulaire sera rempli et signé au nom des mineurs, par le(s) parent(s) gardien(s) / parent(s) adoptif(s) / tuteur légal / représentant(s) légal(aux), en signant également la (\*) de la déclaration correspondante.

**(\*) Je / Nous ..... (nom du(des) parent(s) gardien(s) / parent adoptif(s) / tuteur légal / représentant légal), avec numéro de pièce d'identité / passeport ..... déclare et affirme solennellement que toutes les informations fournies à propos de mon / notre enfant dans cette demande sont véridiques. Je / Nous avons la connaissance complète et je / nous consentons à la soumission de cette demande de mon / notre enfant. Je / Nous faisons cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et en sachant que toute déclaration fausse et / ou trompeuse sera passible de sanctions, en vertu des lois de la République de Chypre.**

<sup>5</sup> Les passagers qui voyagent depuis des pays de catégorie B mais qui ont séjourné / vécu dans un pays de la catégorie C au cours des 14 derniers jours avant leur voyage à Chypre, ou qui seront passagers d'un vol international à destination de Chypre avec escale d'une nuitée dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie C, sont considérés comme des voyageurs en provenance de pays de la catégorie C. Vous devez satisfaire les prérequis qui concernent les pays de catégorie C. Par conséquent, la déclaration des pays de catégorie C doit être remplie.

Date de déclaration: .....

Nom (MAJUSCULES): .....

Numéro de Carte d'Identité Nationale: .....

Numéro de Passeport: .....

Numéro de Téléphone: .....

Adresse Permanente: .....

Signature: .....

**3. Si vous voyagez vers la République de Chypre en provenance d'un pays de la catégorie C (soit en vol direct, soit en vol avec escale(s)) ou si vous avez séjourné / vécu dans un pays de catégorie C au cours des 14 derniers jours avant votre voyage à Chypre, ou si vous êtes passager d'un vol international en provenance de pays de la catégorie A ou B avec escale(s) dans un/des pays intermédiaire(s) de catégorie C avec nuitée, veuillez déclarer le pays ..... et remplir la déclaration suivante:**

**Je soussigné ..... DÉCLARE SOLENNELLEMENT ET SINCÈREMENT que:**

- Je consens à d'éventuels tests COVID-19, sur demande, à mon arrivée en République de Chypre. (Les personnes autorisées à entrer en République de Chypre en vertu de la Convention de Vienne de 1961 et 1963 sont exemptées)
- Je suis pleinement conscient des risques et dangers liés à mon vol et séjour en République de Chypre, en raison de la pandémie COVID-19. J'assume et accepte l'entière responsabilité de tout risque de perte, de préjudice, de dommage matériel ou de blessure corporelle ou de décès, y compris de mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant) de moins de 18 ans et j'accepte de ne pas faire de réclamation et d'engager des poursuites contre toute personne et / ou tout type d'entreprise et / ou d'agents autorisés et / ou les autorités de la République de Chypre de toute perte, responsabilité, dommages ou frais que je pourrais supporter et / ou des frais que je pourrais encourir pendant mon voyage et mon séjour en République de Chypre, résultant du COVID-19 et / ou pour tout inconvénient que je subirai et / ou qu'ils subiront, y compris mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant) de moins de 18 ans, en raison de toute mesure de précaution appliquée pendant mon voyage et mon séjour en République de Chypre, aux fins de la protection de la santé publique contre le COVID -19. Cette exonération de responsabilité lie mes compagnons de voyage / membres de la famille (le cas échéant), mon conjoint et mes héritiers, ayants droit et représentants personnels, exécuteurs testamentaires et successeurs.
- À la suite de mon retour dans mon pays de résidence permanente ou le pays où j'irai après mon voyage en République de Chypre, j'informerai les services médicaux de la République de Chypre, dans le cas où se manifestent des symptômes du COVID-19, dans les 14 jours suivant mon départ de la République de Chypre (adresse e-mail [monada@mphs.moh.gov.cy](mailto:monada@mphs.moh.gov.cy) )
- Je n'ai ressenti aucun des symptômes suivants tels que fièvre, toux, fatigue, mal de tête, myalgie, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement ou difficultés respiratoires, mal de gorge, congestion ou écoulement nasal, au cours des 14 derniers jours et / ou je n'ai pas été en contact direct avec un patient COVID-19 confirmé.
- Au cas où j'ai choisi d'effectuer le test de laboratoire COVID-19 lors de mon entrée en République de Chypre, je suis conscient et accepte que je resterai dans un endroit désigné par la République de Chypre, pendant une journée ou aussi longtemps que nécessaire, jusqu'à ce que les résultats du test de laboratoire soient délivrés, les frais d'hébergement et de transport à ma charge.
- Au cas où j'aurais choisi d'effectuer le test de laboratoire COVID-19 à mon entrée en République de Chypre, je suis conscient et accepte que je paierai personnellement le coût du test qui s'élève à 60 euros.
- Je suis conscient et accepte qu'indépendamment du résultat du test de laboratoire COVID-19, qu'il soit positif ou négatif, je devrai obligatoirement m'isoler pendant 14 jours, conformément aux instructions et mesures de précaution et d'autoprotection du Ministère de la Santé, soit à mon domicile, soit au cas où je n'aurais pas de domicile en République de Chypre, à un endroit qui me sera indiqué par la République de Chypre.
- Je suis conscient et accepte que j'effectuerai un 2<sup>e</sup> test de laboratoire COVID-19, 48 heures avant la fin de mon auto-isolement, à mes propres frais et le résultat du test doit être envoyé à l'adresse électronique suivante: [monada@mphs.moh.gov.cy](mailto:monada@mphs.moh.gov.cy)
- Je suis conscient et j'accepte que mon auto-isolement ne prendra fin que si le résultat du 2<sup>e</sup> test de laboratoire est négatif.

**Je fais cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et je déclare, sous peine de sanctions en vertu des lois de la République de Chypre, que les faits et informations fournis sont complets, corrects et véridiques.**

Dans le cas de mineurs accompagnés ou non accompagnés de moins de 18 ans, les informations seront fournies et le formulaire sera rempli et signé au nom des mineurs, par le(s) parent(s) gardien(s) / parent(s) adoptif(s) / tuteur légal / représentant(s) légal(aux), en signant également la (\*) de la déclaration correspondante.

**(\*) Je / Nous ..... (nom du(des) parent(s) gardien(s) / parent adoptif(s) / tuteur légal / représentant légal), avec numéro de pièce d'identité / passeport ..... déclare et affirme solennellement que toutes les informations fournies à propos de mon / notre enfant dans cette demande sont véridiques. Je / Nous avons la connaissance complète et je / nous consentons à la soumission de cette demande de mon / notre enfant. Je / Nous faisons cette DÉCLARATION SUR L'HONNEUR consciencieusement et en sachant que toute déclaration fausse et / ou trompeuse sera passible de sanctions, en vertu des lois de la République de Chypre.**

Date de déclaration: .....

Nom (MAJUSCULES): .....

Numéro de Carte d'Identité Nationale: .....

Numéro de Passeport: .....

Numéro de Téléphone: .....

Adresse Permanente: .....

Signature: .....