

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné,

Mlle/Mme/Mr.....

Né(e), le..... à.....

Numéro de passeport :.....

Adresse en Algérie:.....

Numéro de téléphone :.....

Déclare avoir été informé(e) et pris connaissance des dispositions et mesures sanitaires exceptionnelles prises par le gouvernement Algérien dans le cadre de la prévention et la lutte contre la propagation du CORONA VIRUS, COVID-19.

**Je m'engage à me soumettre, sans conditions, aux exigences de mise en quarantaine (14 jours) décidée par les autorités sanitaires du pays.**

Lu et approuvé  
Signature