



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

La présente fiche permet aux pouvoirs publics de contrôler les conditions dans lesquelles vous entendez réaliser votre quarantaine à l'arrivée en Polynésie française. Conformément à l'article 441-7 du Code pénal, le fait de remplir ce formulaire administratif avec des informations matériellement inexactes est passible d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 euros (soit l'équivalent de 1 794 000 F). Des contrôles seront réalisés par les forces de l'ordre à fin de vérification des informations ci-après renseignées.

Madame, Monsieur (*rayez la mention inutile*) :.....

Né (e) le :..... à :

Joignable par téléphone au (numéro Polynésie française)

Arrivé(e) par le vol n° du au départ de

Accompagné(e) de (*lister exclusivement les personnes mineures partageant le domicile*) :
.....

Je m'engage :

- à fournir, au plus tard 24 h avant le vol : une attestation médicale (modèle type CM-01) datant de moins de 72h avant le vol, faisant état d'un résultat de test RT-PCR du SARS-CoV-2 négatif datant de moins de 72h avant le vol
- à ne pas présenter de symptôme¹ évocateur de COVID-19, à l'embarquement ou d'en signaler leur présence si tel est le cas ;
- à respecter strictement une période de quarantaine de 14 jours minimum sur l'île de Tahiti, en centre d'hébergement dédié ou à mon domicile, selon les modalités définies par le pays;
- à ne pas circuler au-delà du périmètre du site d'hébergement dédié ou du domicile et dans les conditions autorisées ;
- à respecter les gestes barrières et toutes les consignes de sécurité qui m'ont été indiqués par les services sanitaires, pour la phase préalable à l'embarquement, durant le vol, au débarquement et durant tout le séjour en centre d'hébergement ou à domicile;
- à informer le SAMU centre 15 en cas de toux, fièvre ou difficulté respiratoire ;
- à effectuer un test RT-PCR du SARS-CoV-2 à l'issue de la quarantaine, dont le résultat conditionnera la levée de cette dernière avec délivrance d'une attestation du Bureau de Veille Sanitaire de la Direction de la santé ;
- à respecter les obligations de surveillance sanitaire organisée par le pays.

Fait à, le / /

Signature :

DEMANDE DE QUARANTAINE A DOMICILE (Facultatif)

(toute transmission moins 24 heures avant l'embarquement ne permettra pas l'étude de la demande)

J'é mets le souhait de passer ma quarantaine à domicile. A cet effet, je déclare :

Habiter à (*adresse géographique précise*) :.....

Depuis.....(**FOURNIR un justificatif de domicile datant d'au moins 3 mois**)

Avec (*nombre de personnes, y compris celle(s) voyageant avec vous*) autres personnes,

- Dans un appartement dem²,
- Dans une maison de m² ;
- Avec un jardin dem².

Au sein de ce logement, je : dispose d'une chambre privative
 ne dispose pas d'une chambre privative

Au sein de ce logement, je : dispose d'une salle de bain et de toilettes privatives

¹ Toux, sèche, fièvre, céphalée, syndrome grippal, perte de goût, perte de l'odorat, diarrhée, fatigue extrême...



ne dispose pas d'une salle de bain et de toilettes privatives

Au sein de ce logement, je : peux bénéficier du soutien d'un proche pour assurer mon approvisionnement

ne peux pas bénéficier du soutien d'un proche pour assurer mon approvisionnement

²Au sein de ce logement, je : ne vis avec personne présentant un risque de développer une forme grave du virus (y compris la ou les personnes qui voyagent avec vous)

vis avec une ou des personnes présentant un risque de développer une forme grave de virus (y compris la ou les personnes qui voyagent avec vous)

Au sein de ce logement, je : ne suis pas victime de violences intrafamiliales par un autre membre du foyer

suis victime de violences intrafamiliales par un autre membre du foyer

(Si vous êtes victime de violences intrafamiliales un entretien individualisé vous sera immédiatement proposé afin d'établir la solution de quatorzaine qui serait la plus adaptée. Nous vous recommandons de contacter également une association d'aide aux victimes).

EN CAS DE REALISATION DE MA QUARANTAINE A MON DOMICILE, JE M'ENGAGE :

- à respecter mon transfert à mon arrivée dans un centre d'hébergement dédié pour au moins une nuit, afin de limiter le risque de contamination à l'arrivée à l'aéroport de Tahiti Faa'a,

- à prendre en charge les frais de mon transport par véhicule sanitaire agréé³ ainsi que de la surveillance sanitaire obligatoire⁴, en cas de validation par les autorités de ma quarantaine à domicile,

- à ne pas quitter mon domicile jusqu'à la levée de la quarantaine,

- à respecter les mesures et gestes barrières avec les autres occupants de mon domicile permettant de limiter les risques de contamination au sein de ce domicile : le port du masque, l'hygiène des mains, les mesures de distanciation sociale, les protocoles de nettoyage et de désinfection,

- à ne pas recevoir de visites à domicile de personnes de l'extérieure du domicile à l'exception de celles strictement essentielles, dans le respect strict des mesures d'hygiène et de distanciation physique.

Fait à, le / /

Signature :

AVIS DE LA DIRECTION DE LA SANTE

Au vu des éléments renseignés, la direction de la santé propose que le placement en quarantaine de

Monsieur, Madame et des personnes qui l'accompagnent soit réalisé :

en centre dédié,

au sein de son domicile

Motif :

Fait le à Papeete

La directrice de la santé

² personnes âgées de 65 ans ou plus ; femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse ; personnes avec des antécédents cardio-vasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), antécédent d'accident vasculaire cérébral, de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, d'insuffisance cardiaque, cardiopathie compliquant un rhumatisme articulaire aigu ; diabétiques non équilibrés ou présentant des complications ; personnes atteintes de pathologie chronique respiratoire : broncho pneumopathie, asthme, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnée du sommeil, mucoviscidose ; insuffisants rénaux chroniques dialysés ; malades atteints de cancers évolutifs sous traitement (hors hormonothérapie) ; personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise : médicamenteuse (chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive) ; infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm³ ; consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ; liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ; malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ; personnes présentant un syndrome drépanocytaire ou ayant un antécédent de splénectomie ; personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle, IMC > 30kg/m², selon la formule IMC= poids en Kg/(taille en mètre x taille en mètre))

³ Tarifs disponibles auprès des transports sanitaires agréés, formés et équipés pour la prise en charge de personnes à risque de contact avec le virus du covid-19 (tahiameama assistance, Nord Tahiti (Mahina Papeete Punaauia) 87357601, meama.ley@gmail.com; olive assistance, Sud Tahiti (Papenuo Taravao Paea) 89502986, olivierbouf@gmail.com ; kimi-ora assistance, Sud Tahiti (Papenuo Taravao Paea) 89 77 93 68 johntiapatai@gmail.com

⁴ Tarif pratiqué par prestataire médical formé et équipé au suivi sanitaire des quarantaines, estimé à 50 000XPF par personne effectuant sa quarantaine à domicile