

**ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR A SE SOUMETTRE AUX REGLES  
RELATIVES A L'ACCES AU TERRITOIRE NATIONAL  
DU ROYAUME DU MAROC**

(Voyageur de plus de onze ans)

Cette déclaration est à présenter, accompagnée d'un examen biologique de dépistage virologique négatif (PCR) réalisé depuis **moins de 48 heures**, aux compagnies de transport avant l'embarquement ainsi qu'aux autorités en charge du contrôle des frontières.

Je soussigné(e),

Mme/M. :

Né(e) le :

À :

CNIE/Carte de résidence :

Demeurant :

**déclare sur l'honneur** n'avoir présenté, au cours des dernières 48 heures, aucun des symptômes suivants :

- de la fièvre ou des frissons,
- une toux ou une augmentation de ma toux habituelle,
- une fatigue inhabituelle,
- un essoufflement inhabituel quand je parle ou je fais un petit effort,
- des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles,
- des maux de tête inexplicables,
- une perte de goût ou d'odorat,
- des diarrhées inhabituelles.

**déclare sur l'honneur :**

1. me conformer au Protocole sanitaire établi par les autorités marocaines ;
2. rester confiné dans un lieu déterminé par les autorités marocaines au niveau de la ville d'arrivée, à ma charge, pour une durée de 10 jours, où j'éviterai tout contact avec toute autre personne (**ci-joint réservation confirmée**).
3. rester à la disposition des autorités pour la réalisation d'un deuxième test PCR, prévu au 8<sup>ème</sup> ou 9<sup>ème</sup> jour de quarantaine.
4. assumer toute responsabilité en cas de manquement à mes obligations, telles que prévues par le Protocole sanitaire.

Fait à :

Le :                                    à                                    h

Signature :

تصريح بالشرف من أجل الامتثال للضوابط المتعلقة بولوج التراب الوطني للمملكة المغربية  
(خاص بالمسافرين الذين تتجاوز أعمارهم 11 سنة)

يتم الإدلاء بهذا التصريح مرفقا بنتيجة اختبار بيولوجي للكشف الفيروسي (PCR) سلبي، لا تتجاوز مدة إنجازها 48 ساعة، لشركات النقل قبل الركوب، وكذا للسلطات المكلفة بمراقبة الحدود.

أنا الموقع (ة) أسفله: .....

السيد (ة): .....

المزداد (ة) بتاريخ: .....

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: .....

الساكن بالعنوان التالي: .....

أصرح بشرفي أنه لم تظهر عليّ خلال 48 ساعة الأخيرة، الأعراض التالية:

- الحمى أو الرعشة؛
- السعال أو زيادة في السعال المعتاد؛
- تعب أو عياء غير عادي؛
- ضيق في التنفس عند التحدث أو عند بذل مجهود بسيط؛
- صداع على مستوى العضلات /أو إرهاق عضلي غير مألوف؛
- صداع في الرأس؛
- فقدان حاسة الشم أو الذوق أو كلاهما معا؛
- إسهال حاد غير معتاد؛

كما أصرح بشرفي على أن:

- 1- ألتزم بالبروتوكول الصحي الذي تعتمده السلطات المغربية؛
- 2- ألتزم بالحجر الصحي على نفقتي، داخل المكان الذي تحدده السلطات المغربية بمدينة الوصول، لمدة 10 أيام، وأتجنب أي اتصال جسدي بأي شخص (طيه فاتورة تأكيد الحجر)؛
- 3- أبقى رهن إشارة السلطات من أجل القيام باختبار (PCR) ثاني، بعد اليوم الثامن أو التاسع من الحجر؛
- 4- أتحمل مسؤوليتي في حال إخلالي بالتزاماتي كما يحددها البروتوكول الصحي المعتمد.

حرر في: .....

بتاريخ: .....على الساعة.....

إمضاء