



Version 06/02/2021

## **FORMULAIRE DE DEMANDE DE REALISATION DE LA QUARANTAINE A DOMICILE\***

*\*toute transmission moins de 72 heures avant le départ du vol ne permettra pas l'instruction de la demande.*

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**

**Nom :** .....

**Nom marital :** .....

**Prénoms :** .....

**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 par ligne chaque accompagnant partageant le même lieu de quarantaine: noms et prénoms des personnes et préciser la mention « enfant » pour les mineur et la date de naissance pour les majeurs :*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Demande l'autorisation d'effectuer la quarantaine de 14 jours obligatoire à l'arrivée en Polynésie française dans le domicile situé à l'adresse géographique suivante (adresse précise) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A retourner à l'adresse mail suivante : [formulairequarantainedomicile@sante.gov.pf](mailto:formulairequarantainedomicile@sante.gov.pf)



**J'atteste sur l'honneur que le domicile en question répond en tout point aux exigences sanitaires requises pour permettre la réalisation de la quarantaine à domicile conformément à l'arrêté n° 525 CM du 13 mai 2020 modifié portant mesures d'entrée et de surveillance sanitaire des arrivants en Polynésie française dans le cadre de la lutte contre la covid-19 :**

*Cochez les croix lorsque vous confirmer attester sur l'honneur chacune des dispositions suivantes :*

- J'atteste disposer d'un domicile dans lequel la quarantaine peut être réalisée sans risques de croiser une tierce personne (hébergement strictement individuel, sans entrée commune avec des tierces personnes) ;
- J'atteste disposer d'un véhicule personnel à l'arrivée en Polynésie française pour se rendre au logement sans contact avec des tierces personnes ou avoir retenu un véhicule sanitaire agréé ;
- J'atteste disposer d'un stock suffisant de masques à usage médical « chirurgicaux » conformes à l'arrêté n° 514 CM du 11 mai 2020 relatif à la sécurité et définissant les normes d'application obligatoire des masques à usage médical, pour que tous les membres de plus de 11 ans d'une famille réalisant sa quarantaine dans un même lieu puissent être masqués ;
- J'atteste avoir pris contact avec un médecin ou accepter une visite de contrôle par un personnel de santé
- J'atteste être informé que le Haut-commissaire de la République peut s'opposer au choix du lieu retenu s'il apparaît que ce lieu ne répond pas aux exigences sanitaires et en particulier si ce lieu ne garantit pas l'impossibilité de contamination d'une tierce personne.

**Je m'engage sur l'honneur, pendant toute la durée de la quarantaine :**

- à respecter strictement la 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 contacter un personnel médical en cas de survenu du moindre symptôme de la covid-19 pendant la quarantaine  
, ou en cas de signe de gravité à contacter le SAMU centre 15 ;
- à accepter la réalisation d'un test virologique de dépistage de la covid-19 en cas de survenu d'un symptôme évocateur de la covid-19 ;
- à effectuer un test RT-PCR du SARS-CoV-2 au 12ème jour de la quarantaine, dont le résultat conditionnera la levée de cette dernière ;
- à respecter les obligations de surveillance sanitaire organisée par le pays.

**Fait à ....., le ..... / ..... / ..... Signature(s) des demandeurs :**  
*Chaque adulte concerné par la demande doit signer la demande précédée de la mention « lu et approuvé »*



**Partie réservée à l'administration :**

---

**AVIS DU MINISTRE DE LA SANTE**

Au vu des éléments renseignés, le ministère de la santé propose que le placement en quarantaine de Mr, Mme .....

et des personnes qui l'accompagnent soit réalisé :

- en centre dédié
- au sein du domicile objet de la demande

Motif si besoin :

Fait le .....à Papeete

Le Ministre de la santé