DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Contrôle sanitaire aux frontières, Nouvelle-Calédonie - *Border Health Control, New Caledonia*

Mesures temporaires dans le cadre de l'alerte sanitaire liée au nouveau coronavirus – 18/03/2020 (14h)

Temporary measures in the context of the alert related to the new coronavirus – 18/03/2020 (14h)

Certificat à fournir par le capitaine, en plus de la Déclaration maritime de santé, 48 h avant l'arrivée, puis 1h avant l'arrivée avant que l'autorité autorise un débarquement en Nouvelle-Calédonie

Certificate to be provided by the captain, in addition to the Maritime declaration of health, 48h before the arrival, and then 1 h before the arrival before the authority authorize the disembarking in New Caledonia

A envoyer à *(to be sent to)* : **alerte.dass@gouv.nc**

Nom du navire (*Name of the vessel*) **:** …… **Port d'arrivée en Nouvelle-Calédonie** (*Port of arrival in New Caledonia*) : ……..……..

Date 48 h avant arrivée *(Dates 48h before arrival)* **:** ……/……/…… **-** **Date 1 h avant arrivée** *(Dates 1h before arrival)* **:** ……/……/……..

Page 1

N°	Nom	Prénom	Date de naissance	Date d'embar-quement	Pays d'embarquement	**Santé** *(Health)*			
						Température (en degré Celsius ou Fahrenheit)		**Toux ou difficultés respiratoire (OUI/NON)**	
	Surname	*Given name*	*Date of birth*	*Date of boarding*	*Country of boarding*	*Temperature (in Celcius degree)*		*Couth or breathing difficulties (YES/NO)*	
						48 h before	***1 h before***	***48 h before***	***1 h before***
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Nom du navire (Name of the vessel) : ……

Date 48 h avant arrivée *(Dates 48h before arrival)* **:** ……/……/…… **-** **Date 1 h avant arrivée** *(Dates 1h before arrival)* **:** ……/……/……..

N°	**Nom**	**Prénom**	**Date de naissance**	**Date d'embar-quement**	**Pays d'embarquement**	**Santé** *(Health)*			
						Température (en degré Celsius ou Fahrenheit)		**Toux ou difficultés respiratoire (OUI/NON)**	
	Surname	*Given name*	*Date of birth*	*Date of boarding*	*Country of boarding*	*Temperature (in Celcius degree)*		*Couth or breathing difficulties (YES/NO)*	
						48 h before	***1 h before***	***48 h before***	***1 h before***