

Autodéclaration

*(à produire au moment du passage de la frontière terrestre)*

*L’usage de ce document est strictement réservé aux* ***frontaliers résidant dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de Moselle et dans les Länder du Baden-Würtemberg, de Rhénanie-Palatinat et de Sarre.***

**Je soussigné(e)**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Né(e) le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Demeurant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

certifie que mon déplacement relève du motif valable suivant *(cochez la case, s. v. p.)* :

 Motifs professionnels

 Motifs familiaux

 Motifs médicaux

 Motifs liés à l’école/à la formation/aux études

À cet égard, j’ai compris les détails des motifs valables en vertu du droit national, dont la présentation des justificatifs de ces motifs est obligatoire.

Pour les motifs susmentionnés, je rendrai visite aux personnes ou me rendrai dans les établissements suivants :

Nom, prénom / établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Par la présente, je déclare que je respecterai les réglementations sanitaires nationales (p. ex. respect de la distance minimale/mesures de protection lors du contact avec d’autres personnes). Je certifie avoir fait toutes les déclarations ci-dessus en âme et conscience et qu’elles sont exactes et complètes. Je suis conscient(e) du fait qu’une utilisation abusive peut être sanctionnée conformément au droit national.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu, date Signature