

**COVID-19 Declaration Form**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centre details**  FR333  SAS Top Learning Wall Street English Aix-en-Provence  23-25 avenue Sainte-Victoire  13100 Aix-en-Provence | | | |
| **Your details**  Nom et Prénom:  Date de naissance | | | |
| **Exam details**  Quel examen passez vous?  Date de l’examen: | | | |
| **Declaration**  Je suis le candidat / je détiens l’autorité parentale sur le candidat (barrer la mention inutile)  Les affirmations ci-dessous concernent le candidat :   * Je confirme que je n’ai pas de symptoms associés à la COVID-19 (toux persistante / grippe / fièvre/ difficultés respiratoires). * Je confirme que je n’ai pas été en contact à ma connaissance avec des personnes ayant des symptoms associés à la COVID-19 (toux persistante / grippe / fièvre/ difficultés respiratoires) dans les derniers 14 jours. * Je confirme que je n’ai pas été dans un pays concerné par les restrictions de voyages/ un confinement dans les derniers 14 jours.   Je comprends que mon examen peut être reporté si je ne peux pas confirmer les affirmations ci-dessus. | | | |
| **Signature**  **Date** | | | |

**Tout candidat refusant de respecter les distances physiques et les measures de sécurité, ou tout candidat présentant des symptômes le jour de l’examen, ne pourra pas passer l’examen.**