



1 - PASSENGER INFORMATION

Full name	Nickname
Arrival Date	Flight number
Seat number	Passport number
Date of issue	Expiry date
Age	Gender
Nationality	Country of origin

2 - ADDRESS AND CONTACTS IN DESTINATION CITY

County	Localidade
Street	Near by
E-mail	Contact phone
Work phone	Institution/Hotel
Contact number in case of emergency	Habitual residence address
Resident In Cape Verde <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Expected duration of stay in Cape Verde

3 - HEALTH INFORMATION

Do you have the International Vaccination Certificate (Yellow Fever)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	You have the following sudden onset signs / symptoms in the last 8 day
Have you been in transit in the last 15 days? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cough <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fever <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Countries where you stayed or transited in the last 15 days _____	Have a negative SARS-Cov 2 PCR test performed in the last 72 hours before travel <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you been in countries or areas with COVID-19 community contagion in the last 14 days? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	I confirm that all information provided is true. <input type="checkbox"/> Yes
If yes, which _____	_____
	Passenger signature



1 - DANE PASAŻERA

Imię i nazwisko	Nazwa użytkownika
Data przylotu	Numer lotu
Numer miejsca w samolocie	Numer paszportu
Data wydania paszportu	Data ważności paszportu
Wiek	Płeć
Narodowość	Kraj pochodzenia

2 - ADRES I KONTAKT W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Wyspa	Miasto
Ulica	W pobliżu
Adres e-mail	Telefon kontaktowy
Telefon służbowy	Nazwa instytucji/hotelu
Nr kontaktowy w razie wypadku	Adres zamieszkania/hotelu
Czy mieszkasz na Wyspach Zielonego Przylądka? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Przewidywany czas pobytu na Wyspach Zielonego Przylądka

3 - INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA

Czy masz wpis do Międzynarodowej Książeczki Szczepień potwierdzający szczepienie przeciwko żółtej febrze? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy w ciągu ostatnich 8 dni wystąpiły u Ciebie następujące objawy: Kaszel <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Gorączka <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy byłeś w tranzycie w ciągu ostatnich 15 dni? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy w ciągu 72 godzin przed podróżą wykonałeś test PCR w kierunku SARS-COV 2 i otrzymałeś wynik negatywny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kraje odwiedzane w ciągu ostatnich 15 dni	Potwierdzam, że wszystkie podane informacje są prawdziwe. <input type="checkbox"/> Tak
Czy w ciągu ostatnich 14 dni odwiedzałeś kraje, w których występuje zakażenie COVID-19? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Jeśli tak, jakie?	Podpis pasażera