



## Déclaration sur l'honneur des visiteurs dans les prisons dans le cadre des mesures de prévention et d'hygiène durant la crise liée au coronavirus (Covid-19)

Je soussigné(e) (*nom et prénom*) .....venu(e) rendre visite au/à la  
détenu(e) (*nom et prénom*) .....  
à la prison de (*lieu*) ..... certifie sur l'honneur

- avoir pris connaissance des mesures spécifiques liées aux visites et m'engager à les respecter :
  - pratique de l'hygiène des mains à l'entrée et à la sortie de la prison et des locaux de visites
  - port du masque obligatoire
  - principe de distanciation physique
  - interdiction d'avoir des contacts physiques avec le détenu à qui je rends visite et avec d'autres personnes dans la prison  
*exception : les contacts physiques entre les adultes et les enfants lors de la visite enfants/parents*
  - interdiction de remise d'objets en direct au détenu
  - respect des instructions du personnel de la prison
- être conscient des risques de contamination que mon proche et moi encourons
- ne pas avoir ressenti de symptômes depuis 14 jours
- m'engager à informer la prison si je (ou le/les mineur(s) qui m'accompagne(nt) durant la visite) tombais malade dans les 2 jours qui suivent la visite
- ne pas être revenu, au cours des 14 derniers jours, d'un pays ou d'une région d'un pays étranger qui est classé(e) en zone rouge ou ne pas habiter dans une zone rouge à l'étranger
- avoir répondu honnêtement et correctement à l'annexe de cette attestation (tant pour moi-même que pour le/les mineur(s) qui m'accompagne(nt) durant la visite).

J'ai pris connaissance que le non-respect de ces directives entrainera une interdiction de visite et le refus d'accès à la prison.

Date : .../.../....

Signature :



**ANNEXE**

**Etes-vous accompagné de mineurs lors de la visite ?**

NON

OUI - nom du/des mineur(s) : .....

**Au cours des 14 derniers jours, avez-vous - ou le(s) mineur(s) qui vous accompagne(nt) - ressenti les symptômes détaillés ci-dessous ?**

Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$   OUI  NON

Toux  OUI  NON

Diarrhée, nausées, vomissements  OUI  NON

Nez qui coule  OUI  NON

Perte de goût ou d'odorat  OUI  NON

Douleurs musculaires, nuque, jambes...  OUI  NON

**Au cours des 14 derniers jours, avez-vous - ou le(s) mineur(s) qui vous accompagne(nt) - été en contact avec une personne de votre entourage testée positive au Covid-19 ?**

OUI  NON

**Au cours des 14 derniers jours, avez-vous - ou le(s) mineur(s) qui vous accompagne(nt) - été testé positif au Covid-19 ?**

OUI  NON

**Etes-vous - ou le(s) mineur(s) qui vous accompagne(nt) – revenu au cours des 14 derniers jours d'un pays ou d'une région d'un pays étranger qui est classé(e) en zone rouge ou l'un de vous habite-t-il dans une zone rouge à l'étranger ?**

OUI  NON

**Provenez-vous - ou le(s) mineur(s) qui vous accompagne(nt) - d'une ville ou d'une province pour laquelle le bourgmestre ou le gouverneur a interdit officiellement les déplacements non essentiels?**

OUI  NON

Si la réponse à l'une de ces questions est oui, la visite ne peut pas avoir lieu.