CERTIFICATION DU CONFINEMENT AU TITRE DU GAP III

Formulaire d’observations

DATE :

VOUS ÊTES UN/UNE :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Autorité nationale chargée du confinement** | [ ]  | **Établissement autorisé à détenir des stocks essentiels de poliovirus** | [ ]  | **Autre. Préciser :**  |  |  |
|  |  |

NATURE DES OBSERVATIONS :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Suggestion** | [ ]  | **Compliment** | [ ]  | **Plainte**  |

**OBSERVATIONS/COMMENTAIRE :**

|  |
| --- |
|  |

Si vous souhaitez une réponse de notre part, veuillez nous fournir vos coordonnées :

| **COORDONNÉES** |
| --- |
| Contact, NOM : | Contact, POSTE : |
| Organisation, DÉNOMINATION : | Organisation, ADRESSE : |
| Contact, TÉLÉPHONE : | Contact, COURRIEL : |

Réactions et commentaires peuvent être envoyés à l’OMS à l’adresse suivante : containment@who.int

**NOUS VOUS REMERCIONS POUR CES OBSERVATIONS**