

ATTESTATION PROFESSIONNELLE

Délivrance d'autotests en officine pharmaceutique

Je soussigné(e) :

Directeur(trice) de l'école

Atteste que :

Nom : Prénom : Fonction :

Exerce dans l'établissement scolaire susnommé et est éligible au bénéfice de la délivrance gratuite en officine pharmaceutique de 10 autotests de dépistage de la Covid 19 par mois, en application du IV de l'article 29 de l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de crise.

Fait à, le

Signature

La présentation de l'original de la présente attestation et d'une pièce d'identité du personnel bénéficiaire est requise pour la délivrance des autotests en pharmacie.

Partie à remplir par le pharmacien

✓ Mois de
(Date, nom et cachet du pharmacien)

✓ Mois de
(Date, nom et cachet du pharmacien)

✓ Mois de
(Date, nom et cachet du pharmacien)