

ATTESTATION PROFESSIONNELLE Délivrance d'autotests en officine pharmaceutique

Je soussigné(e) :

[Prénom, Nom et qualité de l'autorité hiérarchique]

Atteste que :

[Prénom, Nom et qualité du personnel]

Exerce en établissement scolaire ou dans une structure d'accueil périscolaire 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 la sortie de crise.

Fait à **[commune]**, le **[date]**

Signature

.....
[Cachet du service académique, de l'établissement scolaire ou de la collectivité territoriale]

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]