

PASS SANITAIRE : engagement sur l'honneur

Je suis (nous sommes) en possession de mon (notre) PASS SANITAIRE :

Madame (compléter Nom & Prénom) _____

OUI – NON

Monsieur (compléter Nom & Prénom) _____

OUI – NON

Enfant 1 (compléter Nom & Prénom) _____

OUI – NON

Enfant 2 (compléter Nom & Prénom) _____

OUI – NON

SI NON : je m'engage (nous nous engageons) à respecter les protocoles demandés et notamment, si nécessaire, à faire un test antigénique ou PCR 48h ou 72h avant la participation à une activité nécessitant le Pass Sanitaire (suivant texte de loi en vigueur).

RAPPEL : Les preuves sanitaires valables pour valider le pass sanitaire sont : Un schéma vaccinal complet, Un examen de dépistage RT-PCR, un test antigénique ou un autotest réalisé sous la supervision d'un des professionnels de santé d'au plus 72h (ce délai a été allongé de 48h à 72h par le décret n°2021-1051 du 7 août 2021), Un certificat de rétablissement suite à une contamination par la COVID-19

Date : _____

Nom - Prénom et Signature de Madame :

Nom - Prénom et Signature de Monsieur :

