

## **ATTESTATION PROFESSIONNELLE** **Délivrance d'autotests en officine pharmaceutique**

Je soussignée : nom du chef d'établissement, établissement.

Atteste que : «prenom» «nom», personnel du second degré.

Exerce en établissement scolaire 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<sup>er</sup> juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise.

Fait à, le 1er septembre 2022

Le chef d'établissement

Signature

Nom et prénom du CE.

.....

Cachet

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 septembre 2022 : .....  
[Date, nom et cachet du pharmacien]
  
- ✓ Mois d'octobre 2022 : .....  
[Date, nom et cachet du pharmacien]
  
- ✓ Mois de novembre 2022 : .....  
[Date, nom et cachet du pharmacien]
  
- ✓ Mois de décembre 2022 : .....  
[Date, nom et cachet du pharmacien]