

# 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 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 \_\_\_\_\_

Signature et 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

Date, nom et cachet du pharmacien chaque mois

Mois de janvier 2022<sup>1</sup> :

.....

Mois de février 2022 :

.....

Mois de mars 2022 :

.....

<sup>1</sup> Pour le mois de janvier 2022, deux autotests seront délivrés pour toute attestation présentée entre le 24 et le 31 janvier