**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné.e……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Parent/tuteur de l’enfant……………………………………………………………………………………………………………………..

Lieu d’accueil .………………………………………………………………………………………………………………………………………

**atteste sur l’honneur ne pas disposer d’un mode de garde et faire partie de la liste des professionnel.le.s ci-dessous (cocher la case concernée) :**

Employeur :………………………………………………………………………………………………………………………………………

**⃝ Services de l’Etat (central et déconcentré)**

* Personnels des agences régionales de santé (ARS) et des préfectures chargées de la gestion de l’épidémie
* Agents du ministère des solidarités et de la santé chargés de la gestion de l’épidémie

**⃝ Professionnels de santé libéraux**

* Médecins
* Sages-femmes
* Infirmières
* Ambulanciers
* Pharmaciens
* Biologistes

**⃝ Tous les personnels des établissements de santé :** hôpitaux, cliniques, SSR, HAD, centres de santé …

**⃝ Tous les personnels des établissements sociaux et médico-sociaux suivants :**

* EHPAD et EHPA (personnes âgées)
* Etablissements pour personnes handicapées
* Services d’aide à domicile

A ……………, le ../.. /…. Signature