

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom:

Adresse :

téléphones (fixe et portable):

Email :

**Atteste ne pas être personne vulnérable au COVID19 \*.**

Date

Signature

***Est réputée vulnérable, toute personne appartenant à l'une des catégories de personnes présentant des pathologies à risque de formes sévères de COVID19, telles que ayant eu des antécédents cardiovasculaires, hypertension artérielle compliquée, un accident vasculaire cérébral, de la chirurgie cardiaque, de l'insuffisance cardiaque, du diabète insulino-dépendant non équilibré ou présentant des complications secondaires à leur pathologie, présentant une pathologie chronique respiratoire, présentant une insuffisance rénale chronique etc***