

ATTESTATION DU CENTRE D'ACCUEIL POUR PERSONNES HANDICAPÉES EN RAISON D'UNE MESURE VISANT À LIMITER LA PROPAGATION DU CORONAVIRUS COVID-19

Complétez les données et cochez la case correspondante

Données relatives au centre d'accueil pour personnes handicapées / le service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés

Nom:

Adresse:

.....

Personne de contact:

Numéro de téléphone :

E-mail :

Déclaration

Le soussigné déclare que (nom de l'enfant)

ne peut pas fréquenter le centre d'accueil pour personnes handicapées suite à la fermeture de l'établissement

ne peut pas fréquenter le service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés en raison de l'interruption des services

du __/__/____ au __/__/__ __ inclus

en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19. Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Date : ____/____/____

Signature du responsable