

ATTESTATION POUR SE DEPLACER

Je m'appelle :

Nom : _____

Prénom : _____

Je suis né(e) le _____

J'habite : _____



Je suis en situation de handicap

Je certifie que mon déplacement est lié au motif suivant :

		Déplacements pour effectuer des achats de première nécessité dans des établissements autorisés (supermarchés, boulangerie, etc.)
		Déplacements pour motif de santé (médecin, pharmacie, etc.)
		Déplacements pour motif familial (garde d'enfant, aide aux proches, etc.)
		Déplacements brefs (prendre l'air, sortir son chien, etc.)

Fait à _____

Signature :

Le ____ / ____ / 2020