



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : .....

**[Prénom et Nom]**

demeurant : .....

**[Adresse]**

représentant légal de : .....

**[Prénom et Nom de l'élève]**

atteste sur l'honneur que :

le docteur ..... **[nom du docteur]** consulté le ..... **[date de la consultation]** suite à l'apparition de signes évocateurs n'a pas diagnostiqué une suspicion de la Covid-19 **et n'a pas prescrit de test RT-PCR ;**

ET que

mon enfant ne présente plus de symptômes évocateurs de la Covid-19 (ni fièvre, ni toux, ni maux de tête ou de maux de ventre)

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... **[commune]**, le .....**[date]**

Signature

.....  
**[Prénom] [Nom]**