

**Formulaire Passe sanitaire**

Je soussigné,

*(Nom Prénom fonctions)*

organisateur de l’évènement suivant :

*(précisez la nature de la manifestation)*

se déroulant le

*(précisez la date)*

sur le centre

*(préciser le lieu)*

atteste que les personnes dont les noms figurent dans le tableau ci-dessous ont bien été informées des règles à mettre en œuvre pour réaliser le contrôle du passe sanitaire.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Service / Formation** | **Signature** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fait à Paris, le …………………………..

*(Date et signature)*