



**COVID-19**

**ATTESTATION**  
*à remplir dans le cadre  
d'une sortie d'un résident  
en famille*

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Résident sortant : .....

J'atteste :

- A respecter les gestes barrières (port du masque, distanciation physique, utilisation de gel hydro-alcoolique) lors de l'accompagnement de mon proche à l'extérieur de l'établissement.
- A ramener le ou la résident(e) à 17 h 30 dernier délai.
- Avoir pris connaissance et signé la charte et le questionnaire de santé.
- M'engager à informer sans délai, l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte de Covid-19 dans les 8 jours suivant la sortie de mon proche.

Je consens, par la présente signature, à la conservation de tous ces documents, par l'établissement organisant la visite.

Date, heure de la visite et signature :