

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
« PASS SANITAIRE »**

Je soussigné(e)

Parent 1 : .....

Parent 2 (facultatif) : .....

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal<sup>1</sup>

atteste sur l'honneur que mon enfant a reçu

- **deux doses de vaccins à double injection** (Pfizer, Moderna, AstraZeneca)  
contre la COVID-19 **depuis plus de 7 jours**
- OU
- **une injection du vaccin Johnson & Johnson depuis plus de 28 jours**

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Fait à .....

Le .....

Signature(s) parent(s)

<sup>1</sup> Veuillez rayer la mention inutile