

ATTESTATION

**CONTRE REMISE SANS FRAIS PAR UN PHARMACIEN EN OFFICINE D'UN
AUTOTEST POUR LES PERSONNES CAS CONTACTS**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Je déclare :

- Disposer d'un schéma vaccinal complet (sauf pour les enfants de moins de 12 ans) ;
- Etre cas contact. J'ai été informé de mon statut de cas contact par :
 - une personne positive qui a reçu un SMS de l'Assurance maladie ;
 - un SMS de l'Assurance maladie ;
 - un agent de l'Assurance maladie qui m'a envoyé un mail de fin d'entretien téléphonique ;
 - un établissement scolaire.

Fait à :

Le :

Signature :

PROTEGEZ VOS PROCHES

Même en cas de **résultat d'autotest négatif** il est important de **continuer à respecter les gestes barrières**

En cas de **résultat d'autotest positif**, il faut **sans délai s'isoler**
et réaliser un test RT-PCR ou un test antigénique, de confirmation