

**ATTESTATION**

**CONTRE REMISE SANS FRAIS PAR UN PHARMACIEN EN OFFICINE DE TROIS AUTOTESTS 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) ;
- Être 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