ATTESTATION DE DÉPLACEMENT DÉROGATOIRE

Motif : consultations et soins

Instruction de remplissage pour les personnes déficientes visuelles.

Dans ce formulaire simplifié concernant les seuls déplacements pour **consultations et soins**, vous avez à remplir les zones Nom/Prénom, date/naissance, lieu/naissance, adresse, lieu/signature, jour/mois, heure/signature. Vous pouvez trouver chaque zone à remplir en tapant, Ctrl+F +nom/zone, par exemple Ctrl+F +Nom/Prénom. Signez en bas à droite

En application de l’article 3 du décret du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l’épidémie de Covid19 dans le cadre de l’état d’urgence sanitaire :

Je soussigné(e)

Mme / M. Nom/Prénom

Né(e) le : date/naissance

À : lieu/naissance

Demeurant : adresse

certifie que mon déplacement est lié au motif suivant autorisé par l’article 3 du décret du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l’épidémie de Covid19 dans le cadre de l’état d’urgence sanitaire[[1]](#footnote-1) :

**Consultations et soins** ne pouvant être assurés à distance et ne pouvant être différés ; consultations et soins des patients atteints d'une affection de longue durée.

Fait à lieu/signature, le jour/mois 2020 à heure/signature

(signature)

1. Les personnes souhaitant bénéficier de l'une de ces exceptions doivent se munir s’il y a lieu, lors de leurs déplacements hors de leur domicile, d'un document leur permettant de justifier que le déplacement considéré entre dans le champ de l'une de ces exceptions. [↑](#footnote-ref-1)