

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Cure du _____ au _____

J'atteste :

- Avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire et pour chacune des questions de numérotée de 1 à 12 avoir répondu : NON
- M'engager à respecter les consignes affichées dans l'Etablissement thermal et celles données par l'Agent référent COVID 19.
- Je m'engage à informer sans délai, le médecin thermal en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le COVID 19 dans les 15 jours.
- Je consens par la présente signature à la conservation de cette attestation durant la durée de mon séjour.

Pour faire valoir ce que de droit,

Date et signature :