

## Attestation dans le cadre du protocole sanitaire

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
I, the undersigned, [name]

atteste avoir effectué un test antigénique de dépistage du COVID le \_\_\_/\_\_\_/2021.  
certify having performed a COVID antigenic test on [date]

Je certifie par la présente attestation que le résultat de ce test est :  
Through this document, I certify that the result of the test is:

- Négatif (une ligne est apparue = absence du COVID)  
Negative (one line appeared = COVID virus is absent)
- Positif (deux lignes sont apparues = présence du COVID)  
Positive (two lines appeared = COVID virus is present)

Je certifie également qu'au courant des 7 derniers jours :  
I also certify that during the past 7 days:

- Aucun membre de mon foyer a été testé positif à une infection COVID  
No members of my household were tested positive for COVID.
- Au moins un membre de mon foyer a été testé positif à une infection COVID.  
At least one person was tested positive for COVID in my household.

Je certifie sur l'honneur que les informations ci-dessus mentionnées sont  
correctes.

I certify on my honor that all the information in this document is true and correct.

Signature :

Date : ...../...../2021

**Important :** Vous devez impérativement présenter ce document à l'entrée du LFIB. Sans ce document l'accès à l'établissement sera refusé sans exception.  
You must present this document at the entrance of the school to be allowed to enter. Without this document, access to the school will be refused without any exceptions.