



PREFECTURE DE LA REGION CHAMPAGNE-ARDENNE

EPIDEMIE DE GRIPPE A-H1N1

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné,, demeurant à

....., certifie que la ou les personnes listées ci-dessous

sont des auxiliaires de mon cabinet/officine.

Nom	Prénom	Fonction *

* secrétaire médicale, préparateur en pharmacie, assistante dentaire.....

le/..../2009.

Signature