

## ATTESTATION DE FORMATION – VACCINATION COVID-19

Je soussigné (e) Mme / M. : .....  
formé(e) à l'administration des vaccins

Statut :     Pharmacien                       Médecin  
                  Autre (précisez) .....

N° RPPS : .....

Atteste avoir formé à la vaccination contre le covid-19 :

Mme / M. : .....

Statut :  Pharmacien biologiste

N° RPPS : .....

Interne en biologie médicale / Numéro INE : .....

Technicien de laboratoire / Numéro ADELI : .....

Cette attestation est **valable uniquement dans le cadre de vaccination contre le Covid-19** conformément à l'article 5 de [l'Arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2021](#) prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, et valable uniquement **jusqu'au 31 juillet 2022** conformément à la [LOI N° 2021-1465](#) du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire.

Fait le ....., à .....

Signature