**Attestation de l’employeur – vaccination travailleurs essentiels**

Par la présente, je soussigné(e), représentant l’employeur :

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom : |  |
| Fonction : |  |
| Numéro de téléphone :  |  |
| Organisation : |  |
| Adresse de l’organisation : |  |
|  |  |

Certifie que la personne identifiée dans ce document est reconnue par l’organisation que je représente comme étant une ressource essentielle à la réalisation de ses engagements ou activités prioritaires et est désignée dans la catégorie pouvant se faire vacciner par le gouvernement du Québec, en tant que travailleur essentiel.

Nom et coordonnées du travailleur

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom : |  |
| Fonction dans l’organisation : |  |
| Adresse du lieu de travail : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cette autorisation est valide du |  | 2021 au |  | 2021. |

|  |
| --- |
|  |
| Signature |

|  |
| --- |
|  |
| Date |

|  |  |
| --- | --- |
| Pour toute question, veuillez téléphoner au numéro suivant : |  |