

**Attestation du responsable d'une ressource intermédiaire ou de type familial (RI-RTF) –  
Vaccination contre la COVID-19 pour les employés et les remplaçants compétents des RI-RTF**

Par la présente, je soussigné(e), personne responsable (ou son représentant autorisé) d'une RI-RTF :

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la ressource : \_\_\_\_\_

N° de fichier national : \_\_\_\_\_

Adresse de la ressource : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

déclare que la personne identifiée dans ce document est un employé ou un remplaçant compétent de la ressource dont je suis responsable et remplit au moins l'une des conditions suivantes :

- personne qui donne des soins ; ET /ou
- personne qui est en contact étroit avec les usagers ; OU
- personne dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

La personne suivante fait ainsi partie des groupes prioritaires à vacciner contre la COVID-19, en respect de la directive ministérielle en vigueur :

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Fonction dans la RI-RTF : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Pour toute question, veuillez téléphoner au numéro suivant : \_\_\_\_\_