**ATTESTATION POUR SE DEPLACER**



Je m’appelle :

Nom :…………………………………………………………….

Prénom :.........................................................................

Je suis en situation de handicap.

Je suis né(e) le …………………………

J’habite : ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Je certifie que mon déplacement est lié au motif suivant :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | déplacements pour effectuer des achats de première nécessité dans des établissements autorisés (supermarchés, boulangerie…) |
|  |  | déplacements pour motif de santé (médecin, pharmacie…) |
|  |  | déplacements pour motif familial (garde d’enfant, aide aux proches…) |
|  |  | déplacements brefs (prendre l’air, sortir son chien…) |

Fait à ............................................, le............./............./2020

Signature :