**ATTESTATION DE PRESENTATION DU PASSE VACCINAL**

**(auprès de son autorité territoriale ou son représentant)**

***Le Maire (ou Le Président) de .................................................***

**Vu** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu la note de la Direction Générale de l’Administration et de la Fonction Publique relative la situation de l’agent public en situation de menace sanitaire grave, en date du 28 janvier 2022 ;

Vu la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, modifiant le passe sanitaire en un passe vaccinal au 24 janvier 2022

Vu la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire,

Vu le Décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire,

Considérant que M. …………………………………………………………. (NOM Prénom) ……………………………………………… (grade) et/ou ……………………………………………… (fonctions) est soumis(e) à l’obligation de présentation d’un passe vaccinal pour l’exercice de ses fonctions,

***Atteste de la production d’un des justificatifs requis***

***garantissant la validité d’un passe vaccinal auprès de l’autorité territoriale***

|  |
| --- |
| ***1/ Production d’un certificat de vaccination attestant d’un schéma vaccinal complet***  □ oui □ non Si oui, remis le : ……………………………….  Date : ………. / ………. / ….…….  NOM Prénom et signature de l’autorité territoriale ou de son représentant |

|  |
| --- |
| ***2/ Production d’un certificat de rétablissement*** *(= test positif datant d’au moins 11 jours et de moins de 6 mois)*  □ oui □ non Si oui, remis le : ……………………………….  Date : ………. / ………. / ….…….  NOM Prénom et signature de l’autorité territoriale ou de son représentant |

|  |
| --- |
| ***3/ Production d’un justificatif médical de contre-indication à la vaccination prévue à l’annexe 2 du décret du 1er juin 2021***  □ oui □ non Si oui, remis le : ……………………………….  Date : ………. / ………. / ….…….  NOM Prénom et signature de l’autorité territoriale ou de son représentant |