**Attestation de validation de formation**

**à la vaccination contre la Covid-19**

Je soussigné, *nom prénom, profession et N°RPPS*, certifie que :

**Mr/Mme *Nom prénom***

Né(e) le *date de naissance*

à *Ville (département)*

*Professionnel manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire, sapeur ou marin pompier, sapeur sauveteur, vétérinaire, auxiliaire sanitaire du service des armées/étudiant en Xe cycle de pharmacie, médecine, maïeutique, odontologie, soins infirmiers*

**a suivi et validé une formation sur la vaccination organisée dans le centre/l’officine de *Nom structure*, sis *adresse,* le *date***

*Signature du professionnel ayant dispensé la formation et cachet si disponible*