



ATTESTATION POUR L'ACCÈS A LA VACCINATION COVID-19

POUR LES SALARIÉS EXERÇANT DANS LE CADRE D'ACTIVITÉS D'AIDE À DOMICILE

Vous êtes éligible à la vaccination contre la COVID-19 dans un centre de vaccination, au titre de votre activité d'aide à domicile auprès :

- de particuliers employeurs bénéficiant de la prestation de compensation du handicap ;
- de particuliers employeurs bénéficiant de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ;
- de particuliers employeurs bénéficiant de l'Allocation d'Éducation Enfant Handicapé (AEEH) ;
- de particuliers employeurs bénéficiant de la Majoration pour Tierce Personne (MTP) ;
- de particuliers employeurs bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- de particuliers employeurs bénéficiaires d'une carte d'invalidité à 80% ou d'une carte mobilité inclusion ;
- d'accueillis familiaux.

Salarié :

Nom de naissance / nom d'usage / prénom :

Adresse :

Ville / code postal :

Employeur :

Nom de naissance / nom d'usage / prénom :

Adresse :

Ville / code postal :

Je certifie sur l'honneur que j'exerce une activité d'aide à domicile auprès d'un particulier employeur bénéficiant de l'APA ou de la PCH ou de l'ACTP ou de l'AAEH ou de la MTP ou de la carte d'invalidité à 80% ou d'une carte mobilité inclusion ou d'un accueilli familial.

Signature de l'employeur

Signature du salarié