

**Circonscription de Nice VI**

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

*A remplir par le personnel concerné par le maintien à domicile -****Crise sanitaire COVID 19****-*

Nom  :
Prénom :
Fonction (Directeur, PE, BD, RASED, PEMF, AESH, AED …) :
Ecole de rattachement :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, ………………………………………………………………………………………….

Déclare sur l’honneur :

* Avoir au moins un enfant à charge de moins de 16 ans
* Etre le seul parent à demander le maintien à domicile «Crise sanitaire» pour le ou les enfant(s) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Votre conjoint(e) exerce t-il (elle) une activité essentielle qui le (la) prive d’être à domicile ? OUI / NON\*

\**uniquement en cas de renforcement du confinement*

 Type d’Activité :………………………………………………......................................................................... ou

 Accueil volontaire d’enfants de personnels hospitaliers et médico-sociaux dans un pôle de regroupement

 *(cas où le/la conjoint(e) est également PE)*

* Pour la période du ………………………….. au …………………………… (date de fin de maintien à domicile)

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Fait à : Le :

Signature