

**Attestation de l'employeur – Déplacement durant le couvre-feu décrété
par le gouvernement du Québec**

Par la présente, je soussigné(e), représentant l'employeur :

Prénom et nom :

Fonction :

Numéro de téléphone :

Organisation :

Adresse de l'organisation :

certifie que, durant la période de couvre-feu décrétée par le gouvernement du Québec, la personne identifiée dans ce document est reconnue par l'organisation que je représente comme étant une ressource essentielle à la réalisation de ses engagements ou activités prioritaires.

La personne suivante doit ainsi se déplacer entre son domicile et son lieu de travail, d'études ou de recherche ou tout lieu où sa présence à titre professionnel est requise, durant la période de couvre-feu :

Prénom et nom :

Fonction dans l'organisation :

Adresse du domicile :

Adresse du lieu de travail :

Cette autorisation est valide du _____ 2021 au _____ 2021.

Signature

Date

Pour toute question, veuillez téléphoner au numéro suivant : _____