*Attestation*

Je soussigné :

* Atteste ne pas être dans l’une des situations suivantes :
* Femmes enceintes
* Maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique…) ;
* Insuffisances respiratoires chroniques ;
* Mucoviscidose ;
* Insuffisances cardiaques toutes causes ;
* Maladies des coronaires ;
* Antécédents d’accident vasculaire cérébral ;
* Hypertension artérielle ;
* Insuffisance rénale chronique dialysée ;
* Diabètes de type 1 insulinodépendant et diabète de type 2 ;
* Immunodépression type pathologies cancéreuses et hématologiques, transplantations d’organe et de cellules souches hématopoïétiques
* Immunodépression type maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur (exemple : personnes infectées par le VIH
* Maladie hépatique chronique avec cirrhose ;
* Obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40.

Dans le cas contraire, je fais partie des personnes dont l’état de santé conduit à être considéré comme présentant un risque de développer une forme sévère du CORONAVIRUS et je dois faire une déclaration sur [declare.ameli.fr](https://declare.ameli.fr/) sans passer par mon employeur ni par mon médecin traitant, pour demander à être mis en arrêt de travail pour une durée initiale de 21 jours. Cet arrêt pourra être déclaré rétroactivement à la date du vendredi 13 mars.

A ………………………. Le ……………………

Signature