**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, 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 : |  |