

**Attestation pour frontaliers donnant droit au dépistage gratuit du SARS-CoV-2
via tests d'antigènes au Bade-Wurtemberg**

Déclaration de l'établissement de formation professionnelle pour

Nom, Prénom: _____

Adresse (rue et n°): _____

Lieu de résidence et code postal: _____

Pays: _____

**En tant qu'établissement de formation professionnelle, je déclare que la
personne nommée ci-dessus est en formation chez nous. Sa présence sur
place est indispensable car certaines formations ne peuvent pas se faire en
ligne.**

Nom et adresse de l'établissement de formation professionnelle :

Date

Nom, signature et cachet de l'établissement
de formation professionnelle