

Avis d'engagement de responsabilité

Je soussigné(e), madame, monsieur, mademoiselle :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Demeurant :

Agissant en qualité de :

Reconnais avoir été informé que, madame, monsieur, mademoiselle :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Demeurant :

M'a déclaré que sa situation de santé ne lui permettait pas de pouvoir porter un masque facial pour l'un des motifs suivants :

- Difficultés respiratoires
- Gène
- Manque de recul et d'étude sur l'exposition prolongée au port du masque
- Convictions religieuses
- Autres

Malgré que la personne m'ait exprimé son refus de devoir porter celui-ci, je maintiens mon obligation à devoir la contraindre à le porter.

Je joins à cet avis d'engagement de responsabilité, une copie du règlement intérieur de l'établissement, spécifiant le cadre strict d'application de cette obligation.

En agissant malgré le fait que j'ai été informé par :,de son incapacité à porter un masque, je suis conscient que ma décision peut lui porter préjudice et j'engage ma responsabilité personnelle en cas de troubles médicaux ou toute autre conséquence dommageable.

Fait à :, le, à min.

(En deux exemplaires remis à l'intéressé, l'autre pour l'établissement).

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Personne ayant autorité :

Témoin 1 :

Cachet de l'établissement :

Témoin 2 :