

# ATTESTATION POUR LA MISE À DISPOSITION DE MASQUES CHIRURGICAUX

POUR LES SALARIÉS EXERÇANT  
DANS LE CADRE D'ACTIVITÉS D'AIDE À DOMICILE

## 9 MASQUES SONT MIS À VOTRE DISPOSITION

pour votre activité de soutien aux actes essentiels auprès :

- de particuliers employeurs bénéficiant de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
- de particuliers employeurs bénéficiant de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).
- de particuliers employeurs bénéficiant de l'Allocation d'Éducation Enfant Handicapé (AEEH).
- de particuliers employeurs bénéficiant de la Majoration pour Tierce Personne (MTP).
- de particuliers employeurs titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou d'une carte mobilité inclusion.

### Salarié :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

### Employeur :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

☐ « Je certifie sur l'honneur que j'exerce une activité à domicile auprès d'un particulier employeur bénéficiant de la PCH ou de l'ACT ou de l'AEH ou de la MTP ou de la carte d'invalidité à 80 % ou d'une carte mobilité inclusion. »

Signature de l'employeur  
(précédée de « Lu et approuvé »)

Signature du salarié  
(précédée de « Lu et approuvé »)

À

le