**ATTESTATION**

Je soussigné(e) Mme/Mr

Né(e) le.……/….…/……. à ville (pays)

Domiciliant au (adresse)

Atteste sur l’honneur que le besoin de suppléance pour participer à l’action

 organisée le….…/….…/…….  n’est pas couvert par un plan d’aide (aides humaines de de l’APA ou de la PCH).

Fait à ……………………………

Le…………/…………../……… Signature