Attestation médicale (exemple)  
**pour personnes vulnérables selon l’art. 27a de l’ordonnance 3 COVID-19 (RS 818.101.24)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin** | **Employeur** |
| Personne vulnérable (nom, prénom, date de naissance, adresse) | |
|  | |
| Confirmation | |
| Je confirme par la présente attestation que la personne susmentionnée est en principe apte au travail, mais fait partie des personnes vulnérables selon l’art. 27a, al. 10, de l’ordonnance 3 COVID‑19.  Je confirme en outre que la personne susmentionnée peut faire valoir des raisons particulières conformément à l’al. 6. | |
| Remarque | |
|  | |
| L’employeur est tenu de protéger les personnes vulnérables conformément à l‘art. 27a de l’ordonnance 3 COVID‑19. | |
| Lieu et date | Signature et tampon du médecin |