

**ANPO**

ASSOCIATION DES  
NATUROPATHES PROFESSIONNELS  
DU QUÉBEC

DEPUIS 1971 / SINCE 1971

**ANO**

ASSOCIATION DES  
NATUROTHÉRAPEUTES  
DU QUÉBEC

**RMQ**

RÉGROUPEMENT DES  
MASSOTHÉRAPEUTES  
DU QUÉBEC

**Attestation du thérapeute en santé - Déplacement durant le couvre-feu  
décrété par le gouvernement du Québec**

En application de l'article [119] du décret [1628-2021]

Par la présente, je soussigné(e),

Prénom et nom :

\_\_\_\_\_

Titre professionnel :

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

Nom du bureau :

\_\_\_\_\_

Adresse du bureau :

\_\_\_\_\_

Certifie que, durant la période de couvre-feu décrétée par le gouvernement du Québec, la personne identifiée dans ce document a rendez-vous avec moi et que je fais partie du secteur des soins de santé thérapeutique, activité prioritaire. La personne suivante doit ainsi se déplacer entre son domicile et mon lieu de travail, durant la période de couvre-feu :

Prénom et nom :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Adresse du domicile :

\_\_\_\_\_

Heure du rendez-vous :

\_\_\_\_\_

Cette autorisation est valide le

\_\_\_\_\_

Pour toute question, veuillez téléphoner au numéro suivant :

\_\_\_\_\_