**CERTIFICAT D’ISOLEMENT**

**Pour personne salariée**

Identification du médecin

 le XX XX 2020

Par la présente, je certifie que **M. ou Mme « Prénom Nom », né(e) le** ….

doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d’isolement la conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail.

Signature/cachet