

**ATTESTATION MEDICALE
RELATIVE AU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE
POUR L'ACHAT DE BOUTEILLES D'EAU POTABLE**

Je soussigné Dr _____ ,
docteur en médecine,

n° RPPS _____ (à compléter) atteste que :

M/Mme : Nom :

Prénom :

Date de naissance :

fait partie des personnes sensibles au titre de l'arrêté préfectoral du Haut-Rhin n°2025/ARS/SE du 25 avril 2025 pris en application de l'article R1321-29 du Code de la Santé Publique et portant interdiction de la consommation d'eau du robinet pour les personnes sensibles résidant dans plusieurs communes du département du Haut-Rhin (Bartenheim, Blotzheim, Buschwiller, Hégenheim, Hésingue, Huningue, Kembs, Neuwiller, Rosenau, Saint-Louis et Village-Neuf)

Fait à _____ , le _____

Cachet et signature du médecin