

## Annexe 2

**Attestation de fermeture du centre d'accueil pour personnes handicapées  
ou d'interruption temporaire du service intramural ou extramural organisé ou agréé par  
les Communautés en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus.**

### **Droit passerelle de crise - Soins apportés à un enfant**

Les demandes se rapportant au mois de **janvier et février 2021** peuvent être introduites à partir du **1<sup>er</sup> mars 2021** et les demandes relatives au mois de **mars 2021** à partir du **1<sup>er</sup> avril 2021**. **Faites votre demande via My Liantis.**

Cochez la case correspondante et complétez les données.

nom  centre d'accueil pour personnes handicapées \_\_\_\_\_  
 le service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

personne de contact \_\_\_\_\_

numéro de téléphone \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### **Déclaration - Fermeture du centre d'accueil pour personnes handicapées ou interruption temporaire du service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés**

Cochez la case correspondante et complétez les données.

Le soussigné déclare qu'en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus

que \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant handicapé)

**ne peut pas fréquenter le centre d'accueil pour personnes handicapées mentionné ci-dessus suite à la fermeture de l'établissement.**

**ne pas pouvoir assurer le service prévu pour** \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant handicapé)

**suite à l'interruption du service ou traitement intramural ou extramural mentionné ci-dessus.**

pour la période du \_\_\_\_\_ (date) au \_\_\_\_\_ (date) inclus.

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

prénom \_\_\_\_\_ nom \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_ signature du responsable \_\_\_\_\_