

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION SOUS SERMENT- EXEMPTION AU PORT DU MASQUE-
CONDITION MÉDICALE/COVID-19**

Par la présente, je soussignée(e) _____ domicilié(e) et résidant au :
_____.

Déclare ce qui suit :

- J'ai une condition médicale m'empêchant de porter un masque dans l'enceinte du Cégep Garneau.
- Je me suis assuré(e) que ma condition médicale correspond aux exceptions visées par l'exemption.
- Lorsque je suis dans l'enceinte du Cégep Garneau, je m'engage à avoir en ma possession une copie conforme de la présente déclaration.
- Si ma condition médicale me le permet, je m'engage à porter une visière afin de limiter les risques de propagation de la COVID-19.
- Je reconnais et j'accepte qu'un agent de sécurité du Cégep Garneau puisse me demander en tout temps de lui présenter la copie de ma déclaration.
- J'atteste que l'information fournie dans la présente déclaration est véridique.
- Je comprends qu'une fausse déclaration pourrait entraîner des mesures par le Cégep Garneau, dont mon expulsion immédiate de l'établissement, une interdiction d'accès à tous les bâtiments sous la juridiction du Cégep Garneau et m'exposer à une poursuite judiciaire.

Tous les faits allégués dans cette déclaration sont vrais.

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce ____/____/____
[Année] / [Mois] / [Jour]

[Signature]

SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION AU CÉGEP GARNEAU

Déclaré(e) sous serment devant moi à _____
ce ____/____/____
[Année] / [Mois] / [Jour]

[Nom, prénom, titre et numéro de commission]

[Signature]