REGISTRE DE CONTRÔLE RELATIF AU PASSE SANITAIRE

Logo Collectivité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom / prénom de l’agent vérificateur**  | **Lieu de contrôle** | **Date du contrôle** | **Horaires d’ouverture public** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Date d’ouverture du registre : ……..**