**REGISTRE DE SUIVI DES CONTRÔLES DE PASSES SANITAIRES POUR LES EVENEMENTS OU MANIFESTATIONS**

***A remplir par l’organisateur ou organisatrice à l’issue de l’événement/manifestation***

**A transmettre à la conseillère de prévention de la FSI à** Sciences-DG-Prevention@sorbonne-universite.fr

**NOM DE L’EVENEMENT / MANIFESTATION :**

**LIEU :**

**INFORMATIONS SUR LE CONTROLE DU PASSE SANITAIRE**

 **Personnes habilitées**  **Informations sur le contrôle**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date du contrôle** | **Heures du début de contrôle** | **Heures de fin de contrôle** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Nom, prénom, date et signature de l’organisateur ou organisatrice