** **

Certificat de participation

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**a participé à la formation**

**Formation PrEP pour les professionnels de la santé en milieu médical**

**>DATE<**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**>NOM DU FORMATEUR, FONCTION ET ASSOCIATION<**