

**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
TEST RAPIDE ANTIGENIQUE COVID-19**Nom de naissance : Nom d'usage Prénom : Date de naissance : Sexe : FEMME HOMMEN° de sécurité sociale : N° téléphone : E-mail : La mention de votre téléphone mobile et de votre courriel est essentielle pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif et assurer un envoi rapide des résultats.Nom et prénom du médecin traitant:

Adresse :

Numéro Voie Adresse Complément Code postal Ville Pays J'autorise le praticien présent dans l'établissement scolaire à pratiquer un test COVID antigénique **Signature du patient :**(si votre enfant a moins de 18 ans, signature du responsable légal)