

AUTORISATION PARENTALE DE DÉPISTAGE SARS-COV-2

Je, soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom Prénom :

Demeurant

Code Postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. Portable :

Père Mère Mandataire

Certifiant agir en ma qualité de représentant(e) légal(e) du mineur :

Nom Prénom :

Demeurant

Code Postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. Portable :

Consens à ce que le mineur que je représente bénéficie d'un dépistage SARS coV-2, durant toute la période de pandémie.

Fait à, le

Le responsable légal.