

AUTORISATION PARENTALE
Réalisation test de dépistage Covid-19 par l'infirmierie

Je soussigné(e)

Madame/Monsieur (**NOM et prénom**)

responsable légal de l'enfant

(**NOM et Prénom**)

accompagné pour la présente année scolaire (2020-2021) au sein de l'Institut départemental Gustave Baguer

Autorise le médecin / infirmier de l'Institut départemental Gustave Baguer à :

N'autorise pas le médecin / infirmier de l'Institut départemental Gustave Baguer à :

à réaliser un test salivaire COVID-19 auprès de mon / mes enfant(s) en cas de suspicion de Coronavirus, présentation de symptômes, et si cas-contact.

Fait à, le.....

Signature du / des représentant(s) légal (légaux) :