

AUTORISATION PARENTALE
Réalisation test de dépistage Covid-19 par les MLAC

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 les médiateurs de la lutte anti-COVID (MLAC) de la Croix rouge française à :

N'autorise pas les médiateurs de la lutte anti-COVID (MLAC) de la Croix rouge française à :

à réaliser un test salivaire COVID-19 auprès de mon / mes enfant(s) le lundi 26 avril 2021.

Fait à, le.....

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