

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

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 Gustave Baguer

- Autorise le médecin / infirmier de l'Institut Départemental Gustave Baguer :
- N'autorise pas le médecin / l'infirmier l'Institut Départemental Gustave Baguer :

à réaliser, un test antigénique 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) :