



Fiche de recueil des renseignements administratifs et du consentement des responsables légaux pour le dépistage du Covid 19 en établissement scolaire par prélèvement salivaire

Établissement scolaire :

Adresse :

MERCI DE REMPLIR CES RENSEIGNEMENTS ** EN MAJUSCULES ******

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE (entourer) : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

N° DE TELEPHONE **PORTABLE** du responsable légal :

ADRESSE MAIL (**en majuscules**) :@.....

Le laboratoire vous transmettra les résultats ; merci de ne pas le contacter directement.

ASSURÉ qui couvre l'enfant :

NOM : Prénom :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE (entourer) : CPAM MSA autre :

Merci de joindre l'attestation de droit (à récupérer sur votre compte Ameli)

Symptômes (entourer) : OUI NON si OUI : date de début :

Retour de Voyage (<14 jours) : OUI NON si OUI Pays :

MÉDECIN TRAITANT : à

Je soussigné(e) :,

en qualité de père / mère / tuteur légal de l'enfant :

consens à la réalisation du test salivaire sur mon enfant pour la recherche du virus SarsCoV2, à la demande et sous la responsabilité de l'Éducation Nationale.

Le ... / ... / ...

Signature :