**DEPISTAGE COVID 19**

**JEUDI 11 FEVRIER 2021**

**Autorisation parentale pour dépistage antigénique**

Je soussigné(e) Monsieur/Madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, demeurant au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et agissant en qualité de parent, autorise mon fils/ma fille \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à effectuer un test de dépistage antigénique dans le cadre d’une opération de dépistage collectif organisée dans l’établissement. Cette opération sera réalisée par des professionnels de santé habilités obéissant à un protocole d’organisation travaillé avec les autorités sanitaires.

Je certifie avoir l’autorité parentale sur cet enfant.

Fait à

Le

Signature