|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\vacardon\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\Logo_DSDEN61.png | **Etablissement Scolaire :** |
|  |  |

**Dans le cadre de la lutte contre la COVID 19, l’établissement scolaire propose la réalisation**

**d’un test antigénique**

*Je soussigné Mme / M. :*

Nom : Classe :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

Numéro de téléphone (portable de préférence) :

*Je souhaite bénéficier d’un test antigénique*

*Si le résultat du test pratiqué est positif :*

* Vous devrez regagner le domicile pour isolement immédiat de 7 jours
* le résultat sera communiqué au personnel de santé de l’Education Nationale qui recherchera les personnes contacts

Date :

Signature,