|  |  |
| --- | --- |
| 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 à votre enfant**

**Autorisation parentale pour les élèves mineurs**

*Je soussigné Mme / M. :*

Représentant légal de l’enfant :

Nom : Classe :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale (sur lequel votre enfant est rattaché) :

Adresse :

Numéro de téléphone (portable de préférence) :

*J’autorise mon enfant :*

A bénéficier du dépistage à la COVID-19 déployé au sein de l’établissement

*Si le résultat du test pratiqué est positif :*

* votre enfant devra 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 du responsable légal,