**Formulaire de consentement**

Pour les enfants mineurs /

Je soussigné Mme/Mr

Numéro de téléphone

Représentant légal de l’enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale

Adresse

en classe de

□ autorise mon enfantàbénéficier de la campagne de dépistage a la COVID-19 déployée au sein dans son établissement

*Si le résultat du test pratiqué est positif, je serai contacté pour venir le chercher et commencer l’isolement.*

Date et signature de l’autorité parentale