

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée Monsieur/Madame (NOM Prénom).....

..... certifiant disposer du plein exercice de l'autorité parentale sur l'enfant

(NOM Prénom)

né(e) le à

autorise mon enfant à effectuer un test rhinopharyngé de détection du SARS-CoV-2, en dehors du

laboratoire de biologie médicale.

Fait à le

Signature du titulaire de l'autorisation parentale