



Autorisation parentale test Covid-19
Child COVID-19 Testing Consent Form
Autorización de los padres para la prueba Covid-19

(Auto-test / Antigenique ou PCR)

Personne en charge sur place

Person in charge on site : Bénédicte CHANU-POGGI (Association FIL), Téléphone : 0033448070164
Responsable en FIL

Port du masque et gestes barrières = obligatoires lors de la réalisation du test.

Wearing a mask and barrier gestures = compulsory when performing the test.

Uso de máscara y medidas de distancia = obligatorios al realizar la prueba.

Identité du mineur / identity of the minor / identidad del menor :

Nom / Name / Apellido :

Prénom / First Name / Nombre :

Naissance / Birth / Nacimiento (DD/MM/AAAA) :

Sexe / Sex / Género :

Le résultat du test de l'enfant sera communiqué aux parents.

The result of the child's test will be communicated to the parents.

El resultado de la prueba del niño@ se comunicará a los padres.

AUTORISATION PARENTALE / PARENTAL AUTHORISATION / AUTORIZACION DE LOS PADRES

Je, soussigné(e) / I, the undersigned / El abajo firmante Mme, Mr

Responsable légal de / legal guardian of / responsable legal de.....

accepte que FIL fasse pratiquer à mon enfant un test COVID 19 au besoin / accept that FIL will make my child practice a covid 19 test if needed / acepta que FIL facilite a mi hij@ la realización de una prueba COVID 19 si es necesario.

Le / date / el :

Signature / firma :

à / place / a :

Merci de donner une enveloppe avec 20€ pour régler le test au besoin.

Please give an envelope with 20 € to pay for the test if needed.

Por favor entrega un sobre con 20 € para pagar la prueba si es necesario.