

COVID-19 : Fiche de renseignements

Date du prélèvement :

Numéro du prélèvement :

Autorisation de test Covid-19

Monsieur / Madame :

Père/mère/responsable légal de l'enfant : CLASSE :

Autorise mon enfant :

A bénéficier de l'opération de dépistage a la COVID-19 déployée au sein du collège

N'autorise pas mon enfant :

A bénéficier de l'opération de dépistage a la COVID-19 déployée au sein du collège

Coordonnées de votre enfant :

Nom de votre enfant :	Prénom :	Sexe :
Lieu de résidence (n° rue, ville, code postal):	Date de naissance :	Régime : <input type="checkbox"/> EXT <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> INT
Nom médecin traitant :		
Courriel des parents :	Numéro de téléphone portable des parents :	
Numéro de sécurité sociale (obligatoire) :	Caisse de rattachement : Département :	

Informations médicales concernant votre enfant le jour du test :

- Présence de symptômes et ou facteurs de risques (cocher la case correspondante).

<input type="checkbox"/> Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/> Toux sèche ou grasse	<input type="checkbox"/> Antécédents accident vasculaire cérébral
<input type="checkbox"/> Sensation d'oppression	<input type="checkbox"/> Pathologies coronariennes
<input type="checkbox"/> Sensation d'essoufflement	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Antécédent de chirurgie cardiaque
<input type="checkbox"/> Courbatures	<input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant non équilibré
<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire chronique
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Patient dialysé
<input type="checkbox"/> Perte de l'odorat	<input type="checkbox"/> Cancer sous traitement
<input type="checkbox"/> Perte du goût	<input type="checkbox"/> Grossesse
<input type="checkbox"/> Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30Kg/m ²
<input type="checkbox"/> Symptômes digestifs	<input type="checkbox"/> Malformation des fosses nasales
	<input type="checkbox"/> cas confirmé de COVID depuis moins de 2 mois
	<input type="checkbox"/> identifié cas contact COVID à risque

Fait à : le : //2021 Signature :

[Tapez ici]