



AVEA La Poste

AUTORISATION DEPISTAGE COVID-19

Je soussigné(e),

Mme/M. :

Responsable légal de l'enfant (Nom/Prénom) :

Né(e) le : À :

Demeurant :

Autorise l'AVEA La Poste à prendre toutes les dispositions pour faire pratiquer un test de dépistage de la COVID-19 à mon enfant en cas de nécessité.

N° SS du parent de rattachement (avec clé) : _ _ _ _ _

Fait à :

Le :

Signature :

Autorisation valable 12 mois. En cas de modification sur cette période, AVEA La Poste vous invite à le signaler dans les plus brefs délais afin que nos chargés de clientèle procèdent aux rectifications nécessaires