Retrait de l'autotest en pharmacie

Je soussigné(e) : ……..
[**Prénom et Nom**]

demeurant : ……
[**Adresse**]

représentant légal de : ……
[**Prénom et Nom de l'élève**]

certifie sur l'honneur que mon enfant est cas contact à risque (contexte scolaire).

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à …….. [**commune**], le ……[**date**]

Signature

……
[Prénom] [Nom]

Retrait de l'autotest en pharmacie

Je soussigné(e) : ……..
[**Prénom et Nom**]

demeurant : ……
[**Adresse**]

représentant légal de : ……
[**Prénom et Nom de l'élève**]

certifie sur l'honneur que mon enfant est cas contact à risque (contexte scolaire).

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à …….. [**commune**], le ……[**date**]

Signature

……
[Prénom] [Nom]