

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Les soussignés :

**Mr** (indiquer le nom et le prénom) : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

demeurant : \_\_\_\_\_

**et**

**Mme** (indiquer le nom et le prénom) : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

demeurant : \_\_\_\_\_

**Autorisent le personnel habilité du LBM SYNLAB CHARENTES à réaliser un prélèvement nasopharyngé sur :**

Enfant (indiquer le nom et le prénom) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dans le cadre d'un dépistage de COVID 19.**

DATE et SIGNATURE DE MONSIEUR	DATE et SIGNATURE DE MADAME