

**Formulaire de consentement pour les tests répétitifs dans les
Cycles d'Orientation Régionaux de Sion**

(Elève) Prénom :

Nom :

Classe :

A cocher

Je consens à ce que mon enfant participe aux tests répétitifs (tests salivaires).

Mon enfant a été infecté il y a moins de 6 mois par le COVID-19 et ne peut donc pas participer aux tests avant le _____.
A partir de cette date, je consens à ce que mon enfant participe aux tests répétitifs (tests salivaires).

Mon enfant est au bénéfice d'un certificat COVID valable jusqu'au _____.

Mon enfant ne participera pas aux tests répétitifs.
Je suis informé qu'il devra porter le masque dans l'établissement, y compris en classe, et dans les transports scolaires.

Date, nom, prénom et signature du parent/représentant légal d'élève :

Grâce à votre participation aux tests répétitifs non invasifs (salivaires), vous pourrez apporter une contribution précieuse au déroulement d'une année scolaire presque normale.