

Enfant

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsable légal

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Allergies ? recommandations ?

\_\_\_\_\_

Signature :

**pass** COVID-19  
**sanitaire**

Schéma vaccinal complet, test PCR ou antigénique de moins de 24h, test positif de plus de 11 jours et moins de 6 mois