



Numéro attribué :
-------------------

Code campagne NM-dépt-00

### Formulaire de consentement pour prélèvement test antigénique

<b>Nom de naissance</b>	
<b>Nom d'usage</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance (JJ/MM/AAAA)</b>	
<b>Sexe</b>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
<b>Numéro de S.S</b>	
<b>Médecin traitant (Nom – Prénom)</b>	

<b>Adresse précise :</b> - Numéro - Voie - Rue - Code postal - Commune	
<b>Numéro mobile</b>	
<b>Numéro fixe</b>	
<b>Adresse mail</b>	

<b>Profession</b>	
<b>Établissement d'affectation</b>	
<b>Circonscription</b>	
<b>Adresse</b>	

<b>J'ai des symptômes:</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Je suis identifié comme contact à risque:</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>J'ai été cas confirmé il y a moins de 2 mois:</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Malformations / chirurgie fosses nasales</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

DATE: .....

Signature : .....