

Test antigénique rapide COVID-19**Fiche Patient**

Merci de bien vouloir compléter cette fiche avant de vous faire tester.

VEUILLEZ INSCRIRE VOS NOMS & PRÉNOMS EN LETTRES MAJUSCULES

DATE _____ HEURE _____

PRENOM _____

NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

N° TEL. PORTABLE _____

EMAIL _____

CODE TRANSFERT _____

De l'Application COVID Certificate (merci d'écrire lisiblement)

Réservé au personnel médical

Résultat du test : NEGATIF / POSITIF

Test antigénique rapide COVID-19**Fiche Patient**

Merci de bien vouloir compléter cette fiche avant de vous faire tester.

VEUILLEZ INSCRIRE VOS NOMS & PRÉNOMS EN LETTRES MAJUSCULES

DATE _____ HEURE _____

PRENOM _____

NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

N° TEL. PORTABLE _____

EMAIL _____

CODE TRANSFERT _____

De l'Application COVID Certificate (merci d'écrire lisiblement)

Réservé au personnel médical

Résultat du test : NEGATIF / POSITIF

Test antigénique rapide COVID-19**Fiche Patient**

Merci de bien vouloir compléter cette fiche avant de vous faire tester.

VEUILLEZ INSCRIRE VOS NOMS & PRÉNOMS EN LETTRES MAJUSCULES

DATE _____ HEURE _____

PRENOM _____

NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

N° TEL. PORTABLE _____

EMAIL _____

CODE TRANSFERT _____

De l'Application COVID Certificate (merci d'écrire lisiblement)

Réservé au personnel médical

Résultat du test : NEGATIF / POSITIF

Test antigénique rapide COVID-19**Fiche Patient**

Merci de bien vouloir compléter cette fiche avant de vous faire tester.

VEUILLEZ INSCRIRE VOS NOMS & PRÉNOMS EN LETTRES MAJUSCULES

DATE _____ HEURE _____

PRENOM _____

NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

N° TEL. PORTABLE _____

EMAIL _____

CODE TRANSFERT _____

De l'Application COVID Certificate (merci d'écrire lisiblement)

Réservé au personnel médical

Résultat du test : NEGATIF / POSITIF