Je soussigné(e) :

demeurant :

représentant légal de (nom prénom de l’enfant) :

atteste sur l’honneur que :

- O le médecin consulté le …….. (date de la consultation) suite à l’apparition de signes évocateurs n’a pas diagnostiqué une suspicion de la COVID-19 et n’a pas prescrit de test RT-PCR* ou antigénique.

- O le résultat du test RT-PCR* ou antigénique réalisé le …….. est négatif.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ……. , le …….

signature :

* les tests RT-PCR peuvent être nasopharyngés ou salivaires