



FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS POUR LA RÉALISATION D'UN TEST ANTIGÉNIQUE COVID-19

Date du prélèvement :

.....

Je suis vacciné-e :

- 1ère injection nom du vaccin : date :
- 2ème injection nom du vaccin : date :
- 3ème injection nom du vaccin : date :
- NON

J'ai déjà eu la COVID :

- NON
- OUI, date :

MES INFORMATIONS

(EN MAJUSCULE)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Établissement ou UFR :

(exemples, si je suis étudiant-e : UFR Droit, ou IMT Atlantique...)

Courriel :@.....

Je suis :

- Femme Homme Autre

Je suis :

- Étudiant-e Personnel universitaire Autre

N° téléphone :

N° de sécurité sociale :

.....

Année d'étude :

(exemples si je suis étudiant-e : L1, ou ING2...)

MON ADRESSE

N° : Voie :

Complément :

Code Postal : Commune :

Pays :

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je le prévois dans les 7 prochains jours) :
Code postal du lieu de résidence temporaire

LES INFORMATIONS CONCERNANT MON HÉBERGEMENT

- J'habite chez mes parents Je suis en colocation ou en famille (précisez le nombre de personnes dans le foyer:))
- Dans une structure d'hébergement collectif (Cité U, hôpital...) J'habite seul-e Je ne souhaite pas répondre

LA OU LES RAISON-S POUR LAQUELLE-S JE ME FAIS DÉPISTER

- J'ai ou j'avais, des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux...) depuis le
- Je suis cas contact : avec symptômes sans symptômes
- Il y a un cas positif dans mon entourage
- J'ai besoin d'un test
- Je me fais dépister de ma propre initiative
- Autre :

réservé au médecin ou infirmière

RÉSULTAT DU TEST

NÉGATIF

POSITIF

feuille de soin réalisée :

OUI

NON