

## Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un test antigénique COVID-19

- Se munir de votre carte vitale ou de votre attestation de sécurité sociale, ainsi que d'un stylo
- Se présenter avec un masque et respecter les gestes barrières
- Remplir ce formulaire avant la réalisation du test

Les champs munis d'une \* sont **obligatoires**

### MES INFORMATIONS

Genre\* :  Femme  Homme  Autre

Nom de naissance\* : ..... N° téléphone\* : .....  
Nom d'usage\* : ..... N°étudiant/agent\* : .....  
Prénom\* : ..... N° de sécurité sociale\* (15 chiffres) : .....  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)\* : .....  
établissement/UFR : ..... Année d'étude si étudiant .....  
*par ex. Univ-Nantes / UFR Staps* *par ex. L1*  
Courriel\* : .....@.....

### MON ADRESSE DE RÉSIDENCE PRINCIPALE

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 JE ME FAIS DÉPISTER :

- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux...) depuis le .....
- Je suis identifié-e comme cas contact :     avec symptômes     sans symptômes
- Je suis identifié-e dans un cluster (endroit à risque) :     avec symptômes     sans symptômes
- Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social
- Je dois faire un déplacement pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative et je n'ai aucun symptôme
- Je reprends les cours en présentiel ou je commence un stage / une formation
- Il y a un cas positif dans ma classe ou ma formation

réservé au médecin ou infirmier·ère

**RÉSULTAT DU TEST**

**NÉGATIF**

**POSITIF**