****

COVID-19 | **Fiche de suivi Test**

 **Dépistage COVID – Test antigéniques**

**| ENTREPRISE**

|  |  |
| --- | --- |
| Jour et heure |  |
| Adhérent  (Nom et N°) |  |
| Adresse |  |

**| SALARIES TESTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du salarié | Signature du salarié |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Total de salariés testés :**

**Prénom, nom du Professionnel de Santé :** ……………………………………………..

**Signature du Professionnel de Santé :**