Inscription aux tests salivaires

ville des Lilas

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Sexe : M ☐ F ☐

N° de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : .....@.....

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : .....

.....