

ATTESTATION DE RESULTAT DE TEST POUR LE COVID-19
CERTIFICATE OF TEST RESULT FOR COVID-19

Date du document:
Date of the document

Concerne
Concerns

Nom <i>Name</i>	
Prénom <i>First name</i>	
Date de naissance <i>Date of birth</i>	
Numéro de passeport <i>Passport number</i>	

Le résultat du test ☐ antigénique rapide ☐ PCR
COVID-19 réalisé
The test performed : ☐ rapid antigenic ☐ PCR
☐ COVID-19

Par (nom du centre, adresse) By (name of centre, address)	
En date du On the date of	
Si sous-traité, labo (nom, adresse) If subcontracted, lab (name, address)	
Est IS	NEGATIF NEGATIVE
Nom du responsable Name of the person responsible	
Signature du responsable Signature of the person responsible	

Le présent document est émis automatiquement à l'intéressé-e.
This document is issued automatically to the person concerned

Je certifie ne pas avoir réalisé de test COVID-19 avec résultat positif dans les 10 jours précédents la date du présent examen.
I certify that I have not had a positive COVID-19 test within 10 days of the date of this examination.

Signature de l'intéressé-e:
Signature of the person concerned:
