



AUTORITZACIÓ DE PROVA DIAGNOSTICA en cas de símptomes compatible amb la covid-19

COLÒNIES 2021

En/na , amb DNI ,
autoritzo que el meu fill/a ,
a que, en el cas que presenti símptomes compatibles amb la Covid-19 i que es
demani per part del personal sanitari, **se li faci una prova diagnòstica** per tal de
poder procedir amb el “Pla d’actuació davant d’un cas sospitós de Covid-19 en
activitats d’educació en el lleure”.

SIGNAT

Pare/mare/tutor

..... de de 2021