



Je soussigné.....en tant que .....  
....., j'autorise le personnel listé  
dans le tableau ci-joint à accéder au laboratoire de .....de .....h à.....h pour la période du  
.....à.....durant les jours :

- Lundi à Vendredi ☐
- Samedi et Dimanche ☐
- Jours Férié ☐

et ce sous ma entière responsabilité.

Nom et Prénom	Structure

Signature du Responsable Laboratoire d'accueil

Signature du Responsable SSPP