



# Certificat de résultat du test COVID-19

## COVID-19 test result certificate



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/acrobat/reader-main.html).

The present document needs version 8.1.3 or higher of Adobe Acrobat® Reader®. The latest version of Adobe Acrobat Reader for all operating systems (Windows, Mac, etc.) can be downloaded free of charge on the download page of [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/acrobat/reader-main.html).

### 1. Saisie / Input

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires  
Fields marked with an \* are mandatory

#### Identification de la personne / Person identification

Nom(s) / Surname(s)\*:

Prénom(s) / Forename(s)\*:

Identifiant national / Person identifier:

Carte d'identité ou passeport / ID-card or passport:

Date de naissance / Date of birth\*:

format valide: JJ/MM/AAAA  
valid format: DD/MM/YYYY

#### Informations sur le test / Test information

Maladie ou agent infectieux visé / Disease or agent targeted : **SARS-CoV-2**

Type de test / Type of test : **Test antigénique rapide / Rapid antigen test**

Nom du test / Test name\*:

Fabricant du test / Test Manufacturer\*:

Zone de prélèvement / Sample origin :

prélèvement nasopharyngé / nasopharyngeal swab

prélèvement oropharyngé / oropharyngeal swab

prélèvement nasal / nasal swab

salivaire / saliva

Date et heure du prélèvement / Date and time of the test sample collection\*:

format valide: JJ/MM/AAAA HH:MM  
valid format: DD/MM/YYYY HH:MM

Date et heure de l'obtention du résultat du test / Date and time of the test result production\*:

format valide: JJ/MM/AAAA HH:MM  
valid format: DD/MM/YYYY HH:MM

Résultat du test / Result of the test\*:

Négatif / Negative

Positif / Positive

Non concluant ou nul / Inconclusive or void



Direction de la santé

Lieu de prélèvement ou établissement /  
Sample collection site or facility\*:

(Nom, optionnel : adresse)  
(Name, optional: address)

Résultat certifié par /  
Result certified by\*:

(Nom et profession)  
(Name and profession)

Pays dans lequel le test a été effectué / Country where the test was taken: **Luxembourg**

## 2. Signature / Signature

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires  
Fields marked with an \* are mandatory

**En signant ci-dessous, le signataire certifie que les données fournies ici sont correctes /  
By signing below, the signatory certifies that the data provided herein are correct**

**Il est rappelé que la falsification du présent certificat est susceptible de constituer un acte pénalement répréhensible  
selon les articles 193ss du Code pénal.**

Lieu / Done in\*:

Date / On\*:

Signature ou cachet / Signature or seal :