**Formulaire de renseignements et de consentement pour la réalisation d’un examen de dépistage de la Covid-19 utilisant les tests sur prélèvement salivaire pour une personne mineure**

Pour participer au dépistage, votre enfant devra fournir :

**- ce formulaire complété ;**

**Recueil du consentement des titulaires de l’autorité parentale**

Je soussigné (NOM) ………………………………………………..…………………… (Prénom) …………………………………..………………, parent ou autre responsable légal de l’enfant désigné ci-après, consens à la réalisation de tests RT-PCR sur prélèvement salivaire pour l’enfant désigné ci-après jusqu’à la fin de l’année scolaire en cours. Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment.

**Informations d'identité de l’enfant mineur** (en cas de consentement à la réalisation d’un test)



N° de sécurité sociale de l’assuré auquel est rattaché l’enfant :

NOM de l’enfant : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..….……………………….

Prénom de l’enfant :…..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…

Sexe :…………………………………………………………………………………. Date de naissance : …………..…/………....…/……….……

Adresse : ……….………….………….………….………….………….………….………….………….………….………….…………………………………………………………… ……………………………………………….………….………….………….………….………….………….………….………….………….…………………………………………..…

Classe : ……………………………………………….

N° téléphone fixe ou mobile du ou des parents / du responsable légal : …………………………………………………………….…………………….……

Courriel des parents / du responsable légal: …………………….………………………………….……………….……………@……………….…….……….………

Le résultat du test de l’enfant mineur sera communiqué aux parents ou au responsable légal.

En cas de résultat positif ou de détection variant, ceux-ci sont invités à en informer sans délai le directeur de l’école ou le chef d’établissement.

La mention du téléphone mobile et du courriel des parents est essentielle pour permettre l’envoi des résultats du test par le système d’information national SI-DEP.

Dans l’hypothèse où les deux parents sont titulaires de l’autorité parentale, le formulaire peut être signé par un seul d’entre eux, le parent signataire garantissant que le second titulaire de l’autorité parentale consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

**Signature**

Fait à …………………………., le………………………….