ACADÉMIE DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

ANNEXE 1 Elève

N° personne testée

Formulaire de consentement et de renseignements pour la réalisation d'un test antigénique de dépistage de la Covid-19 chez une personne mineure

Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale :

Nom du parent ou du responsable légal signataire : .....

Nom et prénom de l'élève mineur : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

Le / les parent(s), après avoir pris connaissance de la fiche d'information, consent(ent) à la réalisation du test sur leur enfant. ☐ OUI ☐ NON

Date et signature :

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.

Si oui, compléments d'information :

N° de sécurité sociale (du parent pour les mineurs de – de 16 ans) : .....

Et centre de rattachement : .....

Adresse domicile : .....

N° téléphone mobile ou fixe du ou des parents : .....

Courriel des parents : .....

Votre enfant devra se présenter au test de dépistage avec :
- ce formulaire complété **Recto-verso**
- une pièce d'identité
- sa **carte vitale s'il a plus de 16 ans**

Le port du masque et le respect des gestes barrières sont obligatoires lors de la réalisation du test.

TSVP

Informations complémentaires

☐ **J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, etc.) et ils sont apparus plus de 4 jours avant le prélèvement** : Orientation vers un laboratoire pour un test RT PCR

☐ **Je suis sujet contact d'un cas confirmé COVID +** : Orientation vers un laboratoire pour un test RT PCR

☐ **J'ai séjourné dans un pays étranger en particulier au Royaume-Uni ou Afrique du Sud ou Brésil au cours des 2 dernières semaines :** orientation vers un laboratoire pour réaliser un test RT PCR

☐ **J'ai été en contact avec une personne ayant séjourné dans un pays étranger en particulier au Royaume-Uni ou Afrique du Sud ou Brésil au cours des 2 dernières semaines :** Orientation vers un laboratoire pour un test RT PCR

Professionnel de santé

Préleveur :

Nom : .....

Prénom : .....

N° professionnel : .....

Qualification : .....

Date et heure du prélèvement :

.....

Analyse, restitution des résultats :

Nom : .....

Prénom : .....

N° professionnel : .....

Qualification : .....

Matériel utilisé:

Marque TAG : .....

Référence : .....

Numéro de lot : .....

Date de péremption : .....

CADRE RESERVE AU PROFESSIONNEL DE SANTE

RESULTAT : ☐ **POSITIF** ☐ **NEGATIF**