

**Formulaire de renseignements et de consentement**

**Pour la réalisation d'un examen de dépistage de la Covid-19 utilisant les tests RT-PCR sur  
prélèvement salivaire pour une personne mineure**

Madame, Monsieur,

En remplissant et signant ce formulaire, vous exprimez votre consentement pour que votre enfant bénéficie d'un test salivaire au cas où une « opération de dépistage » ait lieu sur notre école.



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

**Ce formulaire doit impérativement être remis à l'établissement, accompagné d'une copie de la carte Vitale ou une copie de l'attestation de droits à la sécurité sociale, avant la réalisation de l'éventuel dépistage.**

***Pour information :** les tests salivaires procèdent de la simple analyse d'un crachat. Le prélèvement salivaire peut être réalisé de manière assistée ou sous la forme d'un auto-prélèvement dans un tube fourni dans un kit de prélèvement. Si l'enfant, notamment s'il est très jeune, a du mal à cracher, la salive peut être prélevée sous sa langue à l'aide d'une pipette. Le prélèvement doit être réalisé 30 minutes après la dernière prise de boisson, d'aliment, du brossage des dents ou d'un rinçage bucco-dentaire. Comme pour tout test PCR, une fois prélevé, l'échantillon est analysé en laboratoire. Les résultats sont ensuite communiqués directement aux familles sous 24 h. Il revient aux familles d'aviser ensuite l'école en cas de résultat positif de leur(s) enfant(s). Les laboratoires ne peuvent communiquer aux écoles que le nombre de cas positifs sur l'échantillon mais en aucun cas, les résultats de manière nominative. L'opération de dépistage est organisée dans le respect des consignes sanitaires en vigueur et de la réglementation applicable. Le test de dépistage pratiqué est réalisable sans ordonnance et est intégralement pris en charge par l'État. Vous serez informé de la conduite qu'il est recommandé à votre enfant d'adopter en fonction de résultat de son test.*

**Informations d'identité du mineur :**

**N° de sécurité sociale du parent assuré, y compris pour les mineurs de plus de 16 ans :**

**N° de sécurité sociale de l'élève s'il en possède un :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** ..... / ..... / .....  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Classe :** \_\_\_\_\_ **(École Élémentaire Lucie Aubrac 71640 GIVRY)**

**N° téléphone mobile du ou des responsables légaux :** ..... **Et/ou** .....

**N° Téléphone fixe des responsables légaux :**

**Courriel des responsables légaux :**

Le résultat du test de l'enfant mineur sera communiqué aux parents. 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 (Assurance Maladie).

**Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale :**

Le/Les responsable(s) légaux, après avoir pris connaissance des informations ci-dessus, consent(ent) à la réalisation du test sur leur enfant.

Oui  Non

**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.**

**Date :**

**Signature :**

Les données concernant votre enfant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du Covid-19, sont enregistrées dans le système d'information national dénommé SI-DEP, mis en œuvre par la Direction générale de la santé du ministère chargé des solidarités et de la santé, conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et de son décret d'application. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage Covid-19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé. Pour plus d'information sur ce traitement et vos droits sur les données de votre enfant : consultez le site du ministère des solidarités et de la santé (<https://solidaritesante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>). Pour exercer ces droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale 'Réfèrent en protection des données - Direction Générale de la Santé (DGS) - Ministère des solidarités et de la santé - 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP' ou l'adresse électronique [sidep-rpdp@sante.gouv.fr](mailto:sidep-rpdp@sante.gouv.fr).

Les données de votre enfant peuvent être conservées par le professionnel de santé pour une durée de trois mois afin de permettre le respect des obligations réglementaires en termes de traçabilité du test. A l'issue de ce délai, les données de votre enfant seront supprimées. Une copie pourra être archivée pendant le délai légal aux fins de constatation, d'exercice ou de défense des droits en justice.