GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Formulaire d'accord pour un élève mineur

pour la réalisation des autotests antigéniques sur prélèvement nasal en établissement scolaire

Pour participer au dépistage, votre enfant devra fournir **ce formulaire complété**

Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale

Je soussigné(e) (NOM) …… (Prénom) ……,

parent ou autre responsable légal de l'enfant (NOM de l'élève) ……

(Prénom de l'élève) ……, élève en classe de ……,

donne mon accord à la réalisation d'autotests antigéniques sur prélèvement nasal pour l'enfant désigné, jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours.
Je suis informé(e) que

- je peux retirer mon consentement à tout moment.
- Le résultat du test sera remis à l'enfant mineur qui le transmettra à ses parents ou responsable légal.
- En cas de résultat positif, l'enfant sera immédiatement isolé et les parents seront avertis par téléphone.

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……

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:……@……

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://solidaritessante.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 'Référent 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-rgpd@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 règlementaires 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. Le médecin conseiller technique départemental de l'Education nationale sera informé des résultats du dépistage.