GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Formulaire d'accord pour un élève majeur

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

Pour participer au dépistage, vous devrez fournir **ce formulaire complété**

Recueil du consentement de la personne majeure

Je soussigné(e) (NOM) …… (Prénom) ……,

en classe de ……, donne mon accord à la réalisation d'autotests antigéniques sur prélèvement nasal, 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 me sera remis.
- En cas de résultat positif, l'élève sera immédiatement isolé et les parents seront avertis par téléphone.

Signature
Fait à ……, le……

Informations d'identité (en cas de consentement à la réalisation d'un test)

N° de sécurité sociale de l'assuré :

NOM : ……

Prénom :……

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 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 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 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.