



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

Informations d'identité du mineur :

Nom:

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Sexe : **Femme** **Homme**

Numéro de sécurité sociale : _ (15 chiffres)

N° téléphone mobile du ou des parents :

MAIL :

Aucun prélèvement ne sera effectué si votre enfant s'y oppose au moment du test (dans ce cas présent, le stage pourra être interrompu).
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.

Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale :

Le/les parent(s), après avoir pris connaissance du courrier d'information, 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 parental consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

Signature du (des) responsable(s) légal(aux)

