

VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS OMBRAGÉES DE CE FORMULAIRE

### 1. Renseignements généraux

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

Numéro d'assurance maladie

Expiration (année/mois)

Date de naissance (jour/mois/année)

Sexe

Masculin

Féminin

Adresse (N°, rue)

Ville

Code postal

### 2. Renseignements complémentaires

Nom et prénom du parent 1

Nom et prénom du parent 2

Nom de l'école

Nom de l'enseignant et numéro de groupe

### 3. Dépistage de la COVID-19 dans l'école

En acceptant que votre enfant participe au dépistage de la COVID-19 à l'école, vous acceptez :

- que votre enfant obtienne gratuitement à l'école un test rapide Panbio pour la détection de la COVID-19, lorsqu'il présente des symptômes durant la journée ;
- qu'un intervenant formé par la santé publique fasse un prélèvement nasal sur votre enfant afin de réaliser le test lorsque celui-ci est requis ;
- que les résultats des tests soient conservés de façon confidentielle dans l'établissement scolaire et à la direction de santé publique de votre région et par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

### 4. Consentement ou refus

Je reconnais avoir lu le feuillet d'information à l'intention des parents sur le dépistage de la COVID-19 à l'école et avoir pris connaissance de l'information sur la protection des renseignements personnels. Je comprends que je suis libre d'accepter ou non que mon enfant participe au dépistage de la COVID-19 à l'école.

**J'ACCEPTÉ** que mon enfant participe au dépistage de la COVID-19 par tests rapides à l'école.

**JE REFUSE** que mon enfant participe au dépistage de la COVID-19 par tests rapides à l'école.

Nom et prénom du parent ou du tuteur (en lettres moulées)

Numéros de téléphone du parent ou du tuteur

Résidence

Bureau

Cellulaire

Signature du parent ou du tuteur

Date (jour/mois/année)