

 A, ……………………. Le…………….

**INFORMATION AUX PARENTS**

**AUTORISATION PARENTALE**

**Campagne de dépistage de la CoViD-19 organisée par le Rectorat de la Martinique**

Madame, Monsieur,

Une campagne de dépistage du virus du SARSCoV-2 (Covid-19) est organisée dans l’établissement d’enseignement où est scolarisé votre enfant. Dans ce contexte, et si vous le souhaitez, votre enfant peut bénéficier d’un test de dépistage qui pourra être réalisé qu’avec votre autorisation parentale s’il est mineur.

Cette campagne de tests aura lieu le ……………………………………………….

Le dépistage qui sera effectué est un test virologique de type test antigénique (ou RT-PCR sur demande de l'ARS), destiné à détecter la présence du virus Covid-19. Ce test nécessite d’effectuer sur votre enfant un prélèvement nasopharyngé par un professionnel formé et habilité, son analyse est ensuite réalisée sur place grâce au kit fourni avec le test pour les tests antigéniques ou en laboratoire pour les tests RT-PCR. Aucun prélèvement ne sera effectué si votre enfant s’y oppose au moment du test.

L’opération de dépistage est organisée dans le respect de consignes sanitaires en vigueur et de la réglementation applicable. Ce test est réalisable sans ordonnance et vous n’avez pas de frais à régler.

Le résultat du test passé par votre enfant lui sera communiqué le jour même, une fiche de résultat lui sera remise à cet effet. A cette occasion il sera informé de la conduite qu’il est recommandé à votre enfant d’adopter en fonction du résultat de son test.

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

Le/ les parent(s), ………………………………………………………………………..., 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

*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’issu de ce délai, les données de votre seront supprimées. Une copie pourra être archivée pendant le délai légal aux fins de constatation, d’exercice ou de défense des droits en justice.*

|  |
| --- |
| **Formulaire de renseignements****pour la réalisation d’un examen de dépistage de la Covid-19** |

**Document à remplir en lettre capitales**

Votre enfant devra se présenter au test de dépistage avec **:**

* Cette autorisation parentale
* Une pièce d'identité
* Ce formulaire dûment complété

Votre enfant devra se présenter sur le lieu de test avec un masque et respecter les gestes barrières.

**Informations d'identité de l'enfant :**

* Nom et Prénom : …………………………………………………………………….
* Date de naissance : ……………………………………...
* Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….
* Établissement scolaire : …………………………………………………………….
* Classe : …………………………………………………….
* N° de sécurité sociale et nom de la personne à laquelle l’enfant est rattaché : …………………………………………………………………………………………

**Coordonnées du responsable légal pour l’enregistrement du résultat :**

* Nom et prénom : ………………………………………………………………………………………….
* N° de téléphone : Fixe : …………………. - Portable : ………………….
* Courriel : …………………………………………………………………………………………...

La mention du téléphone mobile et du courriel d’au moins un responsable légal de l’enfant est essentielle pour permettre la réalisation du contract-tracing par la CPAM en cas de test positif.

**Informations complémentaires :**

* Votre enfant a été identifié comme cas contact □ Oui □ Non
* Votre enfant pense avoir été en contact avec un cas positif □ Oui □ Non
* Votre enfant a une malformation des fosses nasales □ Oui □ Non
* Votre enfant a eu une chirurgie des fosses nasales □ Oui □ Non
* Votre enfant présente-t-il des symptômes □ Oui □ Non
* Votre enfant revient d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours : □ Oui □ Non

Si oui lequel : ……………………………………………………………………………...

**Traçabilité du test :** (cadre réservé aux équipes de dépistage)

|  |  |
| --- | --- |
| N° du patient | Test utilisé : |
| N° de lot : | Date et heure de réalisation du test : |
| Date de péremption du test : | Professionnel de santé ayant effectué le test : |
| Résultat du test : □ Positif □ Négatif | Signature du professionnel de santé : |