



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Formulaire à utiliser uniquement
dans le cadre des accueils collectifs
de mineurs avec hébergement

**Formulaire de renseignements, d'information et de consentement pour la réalisation d'un examen
de dépistage de la covid-19 utilisant, selon le cas, un test antigénique, RT-PCR ou un autotest**

Je soussigné (NOM) (Prénom),
parent ou autre responsable légal du mineur désigné ci-après, consens à la réalisation, dans les cas
susmentionnés, de tests antigéniques, RT-PCR ou d'autotests pour ce mineur durant l'accueil collectif de
mineurs avec hébergement organisé du au 2022.
Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment.

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

N° de sécurité sociale de l'assuré auquel est rattaché le mineur :

.....

NOM et prénom du mineur :

Sexe : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

.....

N° téléphone fixe ou mobile du ou des parents / du responsable légal :

Courriel des parents / du responsable légal :@.....

Le résultat du test du mineur sera communiqué aux parents ou au responsable légal.

En cas de résultat positif, ceux-ci sont invités à en informer sans délai le responsable de l'accueil.

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.

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 le mineur.

Signature

Fait à, le.....