FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS ET DE CONSENTEMENT

Pour la réalisation d’un examen de dépistage de la COVID 19 utilisant les tests par prélèvement salivaire pour une personne mineure.

Pour les élèves scolarisés à l’école ……………………………………………….…………….. le …………………………………………

*INFORMATIONS D’IDENTITE DU MINEUR*

Numéro de sécurité sociale…………………………………………………………….

NOM ………………………………………………………………...Prénom ………………………………………………………………….

DATE DE NAISSANCE ………………………………………………..

ADRESSE …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

CODE POSTAL ………………………………… COMMUNE ……………………………………………………………………………….

Numéro de téléphone mobile du/des parents/représentants légaux ………………………………………………….

Numéro de téléphone fixe du/des parents/représentants légaux………………………………………………………..

Courriel du/des parents/représentants légaux …………………………………………………………………………………….

Médecin traitant …………………………………………………………………………………………….......................................

Le résultat du test de l’enfant mineur sera communiqué aux représentants légaux. La mention du téléphone mobile et du courriel des parents est essentielle pour l’envoi des résultats du test.

**Le/les parents/représentants légaux, 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 parentale consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

A ……………………………………………….. le ……………………………..

Signature :

Les données concernant votre enfant, collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l’épidémie de 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 de la solidarité 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 son décret d’application. Ce traitement d’intérêt public à 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, rue DUQUESNE – 75 350 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 réglementaires en terme de traçabilité du test.A l’issue de ce délai, les données de votre enfant seront supprimées. Une copie pourra être archivée pendant le délai légal aux fins de constatation, d’exercice ou de défense des droits en justice.