ATTESTATION CI-DESSOUS

A RENSEIGNER ET REMETTRE LE JOUR DU DEPART OU A L'ARRIVEE SUR LE SEJOUR

Formulaire de renseignements et de consentement pour la réalisation d'un examen de dépistage de la Covid-19 test RT-PCR ou antigénique pour une personne mineure

Pour participer au dépistage, votre enfant devra fournir :

- ce formulaire complété ;
- une copie de la carte Vitale ou une copie de l'attestation de droits à la sécurité sociale

Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale

Je soussigné (NOM) …… (Prénom) ……, parent ou autre responsable légal de l'enfant désigné ci-après, consens à la réalisation de tests RT-PCR ou antigénique pour l'enfant désigné ci-après durant son séjour (Nom et lieu) :
……
Se déroulant du : …… Au : ……

Informations d'identité de l'enfant mineur

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

NOM de l'enfant : ……

Prénom de l'enfant :……

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 de l'enfant mineur sera communiqué aux parents ou au responsable légal.
En cas de résultat positif ou de détection variant, l'application du protocole sanitaire relatif aux accueils collectifs de mineurs avec hébergement édité par le Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports sera appliqué.
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 son enfant.

Signature
Fait à ……, Le …… / …… / ……