



Double identité vérifiée

Date de naissance Année Mois Jour		N° de dossier
N° d'assurance maladie		
Nom à la naissance		Prénom
Adresse		
Ville	Code postal	N° de téléphone
Nom de la mère		Prénom de la mère
Nom du père		Prénom du père

École : _____

**CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DE LA
COVID-19 POUR LES ENFANTS DE MOINS DE
14 ANS EN MILIEU SCOLAIRE**
SANTÉ PUBLIQUE

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

ADMISSIBILITÉ AU PRÉLÈVEMENT

Pour le test par gargarisme

- Votre enfant est-il âgé de 5 ans et moins?
 Oui, mais aura 6 ans au mois de _____.
 Oui, et n'aura pas 6 ans lors de cette année scolaire.
 Non
- Votre enfant présente-t-il des troubles cognitifs, physiques ou autres qui limiteraient sa capacité à effectuer la procédure par gargarisme de façon sécuritaire et adéquate?
 Oui Non

Commentaires : _____

Pour le test par écouvillonnage gorge/nez (coton-tige)

- Votre enfant a-t-il des saignements de nez fréquents ou incontrôlables?
 Oui Non
- Votre enfant est-il connu pour avoir une obstruction des voies nasales? (excluant le nez congestionné)
 Oui Non
- Votre enfant est-il connu pour avoir des problèmes de coagulation ou de troubles sanguins?
 Oui Non
- Votre enfant a-t-il eu une chirurgie récente de la bouche ou du nez?
 Oui Non
- Votre enfant est-il connu pour avoir une respiration sifflante ou faire des laryngospasmes?
 Oui Non

Commentaires : _____

CONSENTEMENT AU TEST DE DÉPISTAGE

Votre consentement est valide pour la durée de l'année scolaire, vous pourrez toujours retirer celui-ci en retournant ce même formulaire à la direction de l'école. Cochez les cases appropriées selon si vous consentez ou refusez les tests de dépistage en milieux scolaire pour votre enfant. *Prenez note que le prélèvement par gargarisme est préconisé et que l'écouvillonnage sera utilisé en dernier recours.

Type de test de dépistage	Oui, je consens	Non, je refuse
Gargarisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écouvillonnage (gorge et nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du parent ou de l'autorité parentale

Nom en caractère d'imprimerie

Date

FDCU-IF-008

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Je consens à ce que le résultat de mon enfant soit envoyé par texto ou par courriel

Je refuse que le résultat de mon enfant soit envoyé par texto ou par courriel

Numéro de téléphone pour communiquer le résultat : (____) _____

OU

Adresse courriel pour communiquer le résultat : _____

- Dans le cas d'un résultat négatif, vous serez informé par la centrale régionale par message texte ou par courriel.
- Si le résultat s'avère positif, la Direction de la santé publique communiquera avec vous par téléphone.

Signature du parent ou de l'autorité parentale

Nom en caractère d'imprimerie

Date