

VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS OMBRAGÉES DE CE FORMULAIRE

1. Renseignements généraux

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

Date de naissance (jour/mois/année)

Sexe

Masculin

Féminin

Adresse (n°, rue)

Ville

Code postal

2. Renseignements complémentaires

Nom et prénom du parent 1

Nom et prénom du parent 2

Nom de l'école

Nom de l'enseignant et numéro de groupe

3. Dépistage de la COVID-19 dans l'école

En acceptant que votre enfant participe au dépistage de la COVID-19 à l'école, vous acceptez :

- que votre enfant obtienne gratuitement à l'école un test de dépistage pour la détection de la COVID-19, lorsque celui-ci est requis;
- qu'une personne désignée et ayant visionné les vidéos de la Direction de la santé publique fasse un prélèvement à votre enfant afin de réaliser le test;
- que les résultats des tests demeurent confidentiels.

4. Consentement ou refus

Je reconnais avoir lu le feuillet d'information à l'intention des parents sur le dépistage de la COVID-19 à l'école et avoir pris connaissance de l'information sur la protection des renseignements personnels. Je comprends que je suis libre d'accepter ou non que mon enfant participe au dépistage de la COVID-19 à l'école.

J'ACCEPTÉ que mon enfant participe au dépistage de la COVID-19 par tests rapides à l'école.

JE REFUSE que mon enfant participe au dépistage de la COVID-19 par tests rapides à l'école.

Mon consentement peut être modifié en tout temps en signant un nouveau formulaire.

Nom et prénom du parent ou du tuteur (en lettres moulées)

Numéros de téléphone du parent ou du tuteur

Résidence

Bureau

Cellulaire

Signature du parent ou du tuteur

Date (jour/mois/année)