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

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

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……