

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX TESTS DU COVID-19**

**En quoi consiste ce formulaire ?**

Nous demandons votre consentement pour tester votre enfant pour le dépistage des infections de COVID-19. Le Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYC DOE), en collaboration avec NYC Health + Hospitals et le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la Ville de New York a établi des partenariats avec des laboratoires et d'autres prestataires pour administrer aux élèves des tests de dépistage des infections du COVID-19.

**À quelle fréquence seraient administrés les tests à mon enfant ?**

Nous prévoyons avec les laboratoires et les prestataires partenaires testeurs d'aller chaque mois au moins à chaque école pour tester certains élèves et membres du personnel. Si vous y consentez, votre enfant peut être sélectionné pour les tests à l'une ou plusieurs de ces occasions. En plus, votre enfant peut également être testé tout au long de l'année scolaire, (1) conformément aux exigences de l'état et de la ville, notamment les tests hebdomadaires dans les écoles se trouvant dans les zones jaunes, ou (2) s'il manifeste un ou plusieurs symptômes de COVID-19 ou (3) s'il est un contact proche d'un élève, d'un enseignant ou d'un membre du personnel affecté par COVID-19.

**En quoi consiste le test ?**

**Si vous consentez**, votre enfant recevra un test de diagnostic gratuit pour le virus du COVID-19. La lettre ci-jointe fournit plus d'informations sur les types de tests qui pourront être utilisés. Le prélèvement d'un échantillon pour le tester implique l'introduction d'un petit écouvillon, semblable à un coton-tige dans la partie devant du nez et/ou le prélèvement de la salive (crachat).

**Comment saurais-je si le test de mon enfant est positif ?**

Si un prélèvement d'échantillon a été effectué pour tester votre enfant à l'école, nous enverrons l'information à la maison avec lui pour vous le faire savoir. Les résultats des tests de dépistage du COVID-19 seront généralement fournis dans les 48-72 heures.

**Que dois-je faire lorsque je reçois les résultats du test de mon enfant ?**

Si les résultats du test de votre enfant sont positifs, veuillez contacter son médecin immédiatement pour examiner les résultats du test et discuter de ce qu'il faut faire ensuite. Vous devez garder votre enfant à la maison et informer son école. Si les résultats du test de votre enfant sont négatifs, cela signifie que le virus n'a pas été détecté dans l'échantillon prélevé sur votre enfant. Les tests peuvent **parfois** indiquer des résultats négatifs incorrects (appelés « faux négatifs ») chez des personnes ayant COVID-19. Si les tests de votre enfant sont négatifs mais il a les symptômes du COVID-19, ou si vous avez des inquiétudes concernant l'exposition de votre enfant au COVID-19, vous devez appeler le médecin de votre enfant. Si vous avez besoin d'aide pour trouver un médecin, composez le (844) NYC-4NYC.

**À REMPLIR PAR LE PARENT, LE TUTEUR OU LA TUTRICE OU PAR L'ELEVE ADULTE**

**Renseignements sur le parent/tuteur/la tutrice**

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) :	
Adresse du parent/tuteur/de la tutrice :	
Numéro du tél. portable du parent/tuteur/de la tutrice :	
Adresse e-mail du parent/tuteur/de la tutrice :	
Meilleure façon de vous joindre	

**Renseignements sur l'enfant/élève**

Nom de l'enfant/élève (majuscules) :	
Numéro OSIS/ID scolaire de l'enfant/élève :	Date de naissance de l'enfant/élève :
École de l'enfant/élève	
Adresse de l'enfant/élève :	

## NOTIFICATION SUR LE PARTAGE D'INFORMATIONS

La loi autorise le partage de certaines informations sur votre enfant avec certaines agences de la Ville de New York et de l'État de New York et leurs prestataires de services sous contrat, notamment ceux listés ci-dessous. Ces informations ne seront partagées que pour des objectifs de la santé publique, ce qui inclut la notification des contacts proches de votre enfant s'ils ont été exposés au COVID-19 et la prise d'autres mesures pour prévenir la propagation ultérieure du COVID-19 au sein de votre communauté scolaire. Les informations sur votre enfant qui peuvent être partagées avec ces agences et prestataires de services administrant les tests de dépistage du COVID-19 comprennent le nom de votre enfant et les résultats du test du COVID-19, sa date de naissance/âge/origine ethnique, le(s) nom(s) de son/ses école(s), sa salle de classe/cohorte/son module, inscription et rapport d'assiduité et participation aux programmes après l'école ou à d'autres programmes, noms des autres membres de la famille ou tuteurs ou tutrices, adresse, téléphone, numéro du portable et adresse e-mail. Le partage des informations sur votre enfant ne sera fait **que** conformément à la loi appliquée et aux règles de protection de la vie privée des élèves et de la sécurité des données de votre enfant.

• Département de l'Éducation de NYC	• Département du développement de la jeunesse et des communautés de NYC
• Département de la santé et de l'hygiène mentale de NYC	• NYC Health and Hospitals Corporation
• Département de la Santé de NYS	• Prestataires sous contrat des services testant le COVID-19

## CONSENTEMENT

En signant ci-dessous, je certifie que :

- J'ai signé ce formulaire librement et volontairement et je suis légalement autorisé(e) à prendre les décisions pour l'enfant mentionné ci-dessus.
- Je consens à ce que mon enfant soit testé pour le dépistage des infections du COVID-19.
- Je comprends que mon enfant peut être testé à plusieurs reprises d'ici le 30 septembre 2021, et que ces tests peuvent avoir lieu (1) en des jours prévus par le NYC DOE conformément aux exigences de l'état et de la ville, notamment les tests hebdomadaires dans les écoles se trouvant dans les zones jaunes, ou (2) si mon enfant manifeste un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il a été un contact proche d'un élève, d'un enseignant ou d'un membre du personnel ou de toute autre personne infectée par le COVID-19.
- Je comprends que ce formulaire de consentement sera valable jusqu'au 30 septembre 2021, sauf si j'informe la personne désignée comme contact dans l'école de mon enfant **par écrit** que je retire mon consentement.
- Je comprends que si je retire mon consentement ou refuse de signer, mon enfant risque d'être obligé de continuer son éducation par l'apprentissage à distance.
- Je comprends que les résultats du test de mon enfant ainsi que d'autres informations peuvent être divulgués conformément à la loi.
- Je comprends que si je suis un élève âgé de 18 ans ou plus, ou si je peux autrement consentir légalement pour mes propres soins de santé, les références à « mon enfant » réfèrent à moi et que je peux signer en mon propre nom.

Signature du parent/tuteur/de la tutrice (si l'enfant a moins de 18 ans)		Date
Signature de l'élève (s'il a 18 ans ou plus ou est autrement autorisé à consentir)		Date