

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST COVID-19

En quoi consiste ce formulaire ?

Nous demandons votre consentement afin de soumettre votre enfant au test de dépistage du COVID-19. Le Département de l'Éducation de la Ville de New York (New York City Department of Education - 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 faire passer aux élèves, aux enseignants et aux membres du personnel du NYC DOE des tests de dépistage des infections du COVID-19.

À quelle fréquence allez-vous tester mon enfant ?

Nos laboratoires et nos prestataires partenaires testeurs se rendront régulièrement dans chaque école pour tester certains élèves, enseignants et membres du personnel. Si vous donnez votre accord, votre enfant peut être sélectionné(e) pour un test à une ou plusieurs de ces occasions et votre enfant peut aussi faire l'objet d'un test (1) conformément aux mandats de la Ville et de l'État, ou (2) s'il ou si elle présente un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il ou si elle est contact proche d'un élève, d'un enseignant ou d'un membre du personnel atteint du COVID-19, ou (4) dans le cadre de sa participation à une activité extrascolaire pour laquelle un test peut être mené.

En quoi consiste le test ?

Si vous donnez votre accord, votre enfant recevra un test de diagnostic gratuit de dépistage du virus du COVID-19. Le prélèvement d'un échantillon pour le test implique l'introduction d'un petit écouvillon, semblable à un coton-tige dans la partie avant du nez et/ou le prélèvement de la salive (crachat).

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

Si un prélèvement d'échantillon a été effectué pour tester votre enfant, ces informations lui seront données pour pouvoir vous être communiquées. Les résultats du test 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 de votre enfant. Les tests peuvent **parfois** indiquer des résultats négatifs incorrects (appelés « faux négatifs ») chez des personnes atteintes du COVID-19. Si le test est négatif mais que votre enfant présente des symptômes du COVID-19, ou si vous avez des inquiétudes concernant l'exposition de votre enfant au COVID-19, vous devez appeler son médecin. Si vous avez besoin d'aide pour trouver un médecin, composez le (844) NYC-4NYC.

À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE OU UN PARTICIPANT ADULTE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____

tél/portable du parent/tuteur/de la tutrice : _____

E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Meilleur moyen pour vous contacter : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant (majuscules) : _____

OSIS/identifiant scolaire de l'enfant (si disponible) : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Adresse de l'enfant : _____

NOTIFICATION SUR LE PARTAGE D'INFORMATIONS

La loi autorise le partage de certaines informations relatives à votre enfant avec et entre 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 santé publique, ce qui peut inclure la notification des contacts proches de votre enfant s'il ou si elle a été exposé(e) au COVID-19 et la prise d'autres mesures pour prévenir la propagation ultérieure du COVID-19 au sein de votre communauté. 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 de son test COVID-19, sa date de naissance/son âge, son genre, sa race/son appartenance ethnique, le nom de son école ou de ses écoles, ses professeurs, son groupe/module, son historique d'inscription et de présence, sa participation aux programmes après l'école ou extrascolaires, les noms des autres membres de sa famille ou tuteurs/tutrices, son adresse, un numéro de téléphone, de portable et une adresse e-mail. Le partage des informations concernant votre enfant ne se fera **que** conformément à la loi en vigueur et aux politiques de la Ville en matière de protection de la vie privée et de sécurité des données de votre enfant.

1. Département de l'Éducation de NYC
2. Département de la santé et de l'hygiène mentale de NYC
3. Département de la santé de NYS
4. Département du développement de la jeunesse et des communautés de NYC
5. NYC Health and Hospitals Corporation
6. Prestataires de services sous contrat effectuant des tests de dépistage du COVID-19

CONSENTEMENT

En signant ci-dessous, je certifie ce qui suit :

- J'ai signé ce formulaire librement et volontairement et je suis légalement autorisé(e) à prendre les décisions pour l'enfant mentionné(e) ci-dessus.
- Je consens à ce que mon enfant fasse l'objet de tests pour le dépistage du COVID-19.
- Je comprends que mon enfant peut être testé(e) à plusieurs reprises jusqu'au 30 septembre 2022, et que ces tests peuvent avoir lieu (1) les jours prévus par le NYC DOE conformément aux programmes de test ou aux mandats de l'État et de la Ville, ou (2) si mon enfant manifeste un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il ou si elle a été contact proche d'un élève, d'un enseignant ou d'un membre du personnel atteint du COVID-19, ou (4) dans le cadre de sa participation à une activité extrascolaire pour laquelle un test est recommandé (p. ex. : sports).
- Je comprends que ce formulaire de consentement sera valable jusqu'au vendredi 30 septembre 2022, 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 les résultats du test de mon enfant ainsi que d'autres informations peuvent être diffusés conformément à la loi.
- Je comprends que si je suis un(e) élève de 18 ans ou plus, ou si je peux autrement consentir légalement à mes propres soins de santé, les références à « mon enfant » se réfèrent à moi et je peux signer ce formulaire en mon propre nom.

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date : _____

(si l'enfant a moins de 18 ans)

Signature de l'élève : _____ Date : _____

(si l'élève a 18 ans ou plus ou est autorisé(e) à donner son accord)