**Formulaire de consentement pour le test rapide antigénique de dépistage du COVID-19**

|  |
| --- |
| Nom de l'élève : |
| Date de naissance de l'élève : |
| Établissement scolaire : |
| Nom du parent/tuteur : |
| Adresse du domicile : |
| Numéro de téléphone : |

**Veuillez lire attentivement l'avis de consentement éclairé suivant et signer l'autorisation pour le test de dépistage du COVID-19.**

1. Je comprends que le test de dépistage du COVID-19 de l'élève susmentionné sera réalisé au moyen d'un test **<insert name of test>**fourni par le Washington State Department of Health (ministère de la Santé de l'État de Washington) et je reconnais que la *Fiche d'informations aux personnes concernées* pour le test a été mise à ma disposition.
2. Je comprends que la possibilité pour l'élève susmentionné de passer un test dépend de la disponibilité des fournitures nécessaires à la réalisation des tests.
3. Je comprends que l'entité qui effectue le test n'agit pas en qualité de professionnel de santé de l'élève susmentionné. Le test ne remplace pas le traitement par un professionnel de santé. J'assume l'entière responsabilité de la prise de mesures appropriées concernant les résultats du test, y compris la recherche de conseils, de soins et de traitements médicaux auprès d'un professionnel de santé ou d'une autre entité de soins de santé si j'ai des questions ou des inquiétudes, si l'élève susmentionné développe des symptômes du COVID-19, ou si l'état de l'élève susmentionné s'aggrave.
4. Je comprends que, comme pour tout test médical, il est possible que le test de dépistage du COVID-19 donne un résultat soit faussement positif ou faussement négatif.
5. Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer le professionnel de santé de l'élève susmentionné d'un résultat de test positif, et que le résultat ne sera pas envoyé au professionnel de santé de l'élève susmentionné.
6. Je comprends que le résultat du test antigénique sera disponible dans un délai de 15 à 30 minutes.
7. Je comprends et reconnais qu'un résultat positif au test antigénique est une indication que l'élève susmentionné doit s'isoler pour éviter de contaminer d'autres personnes.
8. J'ai été informé de l'objectif, des procédures, des risques et des avantages potentiels du test. J'aurai la possibilité de poser des questions avant qu'un test de dépistage du COVID-19 soit effectué. Je comprends que si je ne souhaite pas que l'élève susmentionné subisse le test de dépistage du COVID-19, je peux refuser le test.
9. Je comprends que pour assurer la santé et la sécurité publiques et pour contrôler la propagation du COVID-19, les résultats du test peuvent être communiqués sans mon autorisation.
10. Je comprends que les résultats des tests seront divulgués aux autorités de santé publique concernées, comme prévu par la loi.
11. Je comprends que je peux retirer mon consentement au test à tout moment avant qu'il ne soit effectué.

**AUTORISATION/CONSENTEMENT AU TEST DE DÉPISTAGE DU COVID-19**

* Je consens à autoriser l'élève susmentionné à passer un test de dépistage du COVID-19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur Date

* Je consens à passer le test de dépistage du COVID-19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l'élève (âgé de 18 ans ou plus) Date