

Consentement à participer au Programme de dépistage rapide de la COVID-19 dans les écoles

Prénom de l'enfant	Nom de famille de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
École		Niveau scolaire

Déclaration de consentement pour un enfant de moins de 18 ans

Je confirme avoir lu la trousse d'information sur le Programme de dépistage rapide de la COVID-19 dans les écoles.

- Je comprends que la participation de mon enfant à ce programme signifie que des tests rapides par écouvillonnage nasal peuvent lui être offerts à l'école à **deux reprises, à environ une semaine d'intervalle**, et j'en ai discuté avec mon enfant dans la mesure où je le juge nécessaire.
- Je sais que si mon enfant reçoit un résultat négatif,
 - Il poursuivra ses activités scolaires régulières.
 - Je ne serai pas informé.
- Je sais que si mon enfant reçoit un résultat positif,
 - Il sera isolé en toute sécurité à l'école, ce qui pourrait laisser croire aux autres que son test de dépistage est positif.
 - Je serai prévenu par téléphone du résultat et je devrai venir chercher mon enfant à l'école.
 - Le personnel de l'école sera informé que mon enfant doit être isolé et doit retourner à la maison dès que possible. L'isolement de mon enfant peut laisser croire aux autres que son test de dépistage est positif.
 - Mon enfant doit s'isoler pendant 10 jours à compter de la date de son test rapide conformément à la fiche de décision **CMOH Order 06-2021**.
- Je comprends que je peux écrire (en anglais seulement) à EDC.schoolrapidtesting@gov.ab.ca si j'ai des questions ou des inquiétudes concernant la participation de mon enfant à ce programme.
- Je comprends qu'ACESO Medical recueille, utilise et communique des renseignements au nom du ministère de la Santé de l'Alberta.
- Je comprends que ce consentement pour les tests rapides par écouvillonnage nasal demeurera en vigueur jusqu'au 30 juin 2021 et que je peux retirer ce consentement en tout temps en contactant l'école de mon enfant.

Les renseignements médicaux ou personnels contenus dans ce formulaire, ainsi que tout renseignement recueilli dans le cadre du Programme, sont recueillis

- par l'école en vertu de l'article 33(c) de la loi albertaine sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (*Freedom of Information and Protection of Privacy Act*); et
- par le ministère de la Santé de l'Alberta conformément à l'article 20(b) de la loi albertaine sur les renseignements médicaux personnels (*Health Information Act*).

Les renseignements médicaux ou personnels recueillis par le ministère de la Santé ou en son nom dans le cadre du Programme peuvent être utilisés par le ministère de la Santé ou en son nom pour mener et évaluer le Programme, pour gérer et planifier les interventions du

gouvernement de l'Alberta pour lutter contre la COVID-19 et pour appuyer le système de santé, pour la surveillance de la santé publique ainsi que l'élaboration de politiques en matière de santé.

Les renseignements personnels recueillis par l'école ou en son nom dans le cadre du Programme peuvent être utilisés dans le but de mener et d'évaluer le Programme.

Si vous avez des questions sur la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements médicaux ou personnels, écrivez (en anglais seulement) à EDC.schoolrapidtesting@gov.ab.ca ou composez le 780-422-2847.

CONSENTEMENT À PARTICIPER

En apposant ma signature ci-dessous,

- **Je consens à ce que mon enfant subisse des prélèvements nasaux et participe au Programme.**
- Je comprends que mon consentement entre en vigueur à la date indiquée ci-dessous, à côté de ma signature.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en contactant l'école de mon enfant.
- Je suis légalement autorisé à consentir au nom de mon enfant.

Nom du parent/tuteur (en lettres moulées)

Numéro de téléphone de jour

Signature de la personne donnant le consentement

Date (jj-mm-aaaa)

NE PAS REMPLIR NI RETOURNER ce formulaire si vous **n'autorisez pas votre enfant à participer** au Programme de dépistage rapide de la COVID-19 dans les écoles.