



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Marne

N° personne testée

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE, TRAÇABILITÉ ET COMMUNICATION DES RÉSULTATS - Test antigénique

À CONSERVER PAR L'ÉLÈVE TESTÉ (copie pour l'établissement)

Votre enfant devra se présenter au test de dépistage avec :

- ce formulaire complété ;
- son numéro de sécurité sociale (le cas échéant, sa carte vitale).

Le port du masque et le respect des gestes barrières sont obligatoires lors de la réalisation du test.

Informations d'identité de l'élève

Numéro de sécurité sociale avec la clé

NOMPrénom

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

Numéro de téléphone (fixe ou mobile) du/des parents/représentants légaux

Courriel du/des parents/représentants légaux

Le résultat du test de l'enfant mineur sera communiqué aux représentants légaux. La mention de leur téléphone mobile et leur courriel est essentielle pour l'envoi des résultats du test, en cas de positivité, par le système d'information national Si-Dep.

Consentement parental

Le/les parents/représentants légaux, après avoir pris connaissance du courrier d'information, consent(ent) à la réalisation du test sur leur enfant.

OUI

NON

Le formulaire peut être signé par un seul des deux parents titulaires de l'autorité parentale, celui-ci garantissant que le second titulaire consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

A le

Signature :

Information sur le professionnel de santé préleveur :

Professionnel de santé préleveur :

Nom :

Prénom :

N° professionnel :.....

Qualification :.....

Date et heure du prélèvement :

.....

Matériel utilisé :

Marque TAG : ABBOTT

Référence : 41FK10

Numéro de lot :

Date de péremption :

Résultat

POSITIF: Isolez-vous immédiatement, contactez votre médecin pour une prise en charge médicale, et prévenez votre chef d'établissement ou directeur d'école.

NEGATIF: Respectez les gestes barrières.

Le professionnel de santé

(Nom, qualité, signature)

Les données concernant votre enfant, collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie de COVID 19, sont enregistrées dans le système d'information national dénommé Si-Dep mis en œuvre par la direction générale de la santé du ministère de la solidarité et de la santé, conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et son décret d'application. Ce traitement d'intérêt public à pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage Covid 19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé. Pour plus d'information sur ce traitement et vos droits sur les données de votre enfant, consultez le site du ministère des solidarités et de la santé (<https://solidaritesante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>). Pour exercer ces droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale : « référent en protection des données – Direction générale de la santé (DGS) – Ministère des Solidarités et de la Santé – 14, rue DUQUESNE – 75 350 PARIS 07 SP » ou l'adresse électronique sidep-rgpd@sante.gouv.fr

Les données de votre enfant peuvent être conservées par le professionnel de santé pour une durée de trois mois afin de permettre le respect des obligations réglementaires en terme de traçabilité du test. A l'issue de ce délai, les données de votre enfant seront supprimées. Une copie pourra être archivée pendant le délai légal aux fins de constatation, d'exercice ou de défense des droits en justice.