



Région académique
NOUVELLE-AQUITAINE



**Formulaire de renseignements et de consentement pour la réalisation des autotests antigéniques sur
prélèvement nasal en établissement scolaire / élève majeur**

Recueil du consentement de l'élève majeur (nous vous rappelons que si la réalisation des autotests est fortement recommandée, elle n'est pas obligatoire et ne conditionnera jamais votre accès à l'établissement)

Je soussigné(e) (NOM) (Prénom),

Né(e) le

Classe :

consens jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours :

- à la réalisation d'autotests antigéniques sur prélèvement nasal ;
- et, en cas de résultat positif, à la communication de celui-ci au chef d'établissement et aux personnes habilitées par ce dernier.

Je suis informé(e) que je peux retirer mon consentement à tout moment par courrier ou par mail adressé au chef d'établissement.

N° téléphone mobile auquel je souhaite être prévenu en cas de résultat positif :

Je suis informé(e) qu'en cas de résultat positif :

- la vie scolaire et la médecine scolaire du lycée seront prévenus pour isoler l'élève dans une salle adaptée et veiller à ce que l'élève ne revienne dans l'établissement qu'une fois la suspicion de covid-19 écartée
- un test PCR de confirmation doit immédiatement être réalisé dans un laboratoire de biologie médicale.

Je suis informé que concernant les informations relatives aux résultats des autotests :

- l'information selon laquelle le résultat de l'autotest est positif ne sera pas conservée au-delà du retour en classe de l'élève ;
- aucune autre information ne sera conservée

J'ai bien pris connaissance de la note explicative relative aux modalités de mise en œuvre de réalisation des autotests au sein de l'établissement et de la portée de mon consentement.

Signature de l'élève majeur :

Fait à, le.....