

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE COVID-19 ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS

Nom de l'enfant				
Prénom de l'enfant				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe ☐ M ☐ F
N° d'assurance maladie			Expiration	Année Mois
Adresse (N°, rue)				
Ville			Code postal	

Identification complémentaire				
Nom de l'école			Groupe	
Nom du parent 1	Nom du parent 2		Nom du tuteur (s'il y a lieu)	
Votre statut : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur		Téléphone où l'on peut vous joindre	Ind. rég.	Numéro
Votre adresse courriel pour la transmission du résultat :				

Consentement (décision) du parent ou du tuteur				
Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives au dépistage de cet enfant. Vous devez cocher la case indiquant votre consentement ou votre refus. Vous devez signer ensuite au bas de la section. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit dépisté pour la COVID-19. ☐ JE CONSENS à ce que mon enfant soit dépisté. ☐ JE REFUSE que mon enfant soit dépisté.				
Signature du parent ou du tuteur			Date	Année Mois Jour