



Les Écoles publiques du comté de Prince George

Consentement parental pour les tests et la divulgation d'informations relatives au COVID-19

Nom de l'élève : Numéro matricule de l'élève : n° de téléphone du parent :
DDN : Classe : Autre n° de téléphone :
École : Date : Email du parent :

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT, PARAPHER ET SIGNER LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ SUIVANT :

Ce formulaire de consentement autorise votre enfant à être testé pour le for SARS-CoV-2, le virus qui cause le nouveau coronavirus COVID-19. Votre enfant sera testé s'il présente les symptômes du COVID-19, ou est identifié comme un contact proche d'une personne qui a été testée positive au COVID-19. Le test consiste à insérer un petit écouvillon dans le nez de votre enfant pour recueillir des cellules susceptibles de contenir des traces d'infection virale. En signant ce formulaire, vous reconnaissez que vous avez l'autorité légale pour donner votre accord pour que ce mineur soit testé pour le COVID-19 dans les Écoles publiques du comté de Prince George.

Les symptômes du COVID-19 sont les suivants : toux ou essoufflement, difficultés respiratoires, nouvelle perte du goût ou de l'odorat, fièvre de 100,4 degrés ou plus, frissons, douleurs musculaires, maux de gorge, maux de tête, fatigue, congestion ou écoulement nasal, et symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements ou diarrhée).

Ce consentement s'étend à tous les tests COVID-19 effectués pendant l'année universitaire 2021-2022, sauf si un retrait écrit du consentement est fourni. En signant ce formulaire, j'accepte ce qui suit pour mon enfant : (Veuillez parapher près de chaque déclaration et signer en bas).

___ a. J'autorise Les Écoles publiques du comté de Prince George pour effectuer la collecte et les tests (Rapid POC test et/ou PCR test) pour le COVID-19 par le biais d'un écouvillon nasal.

___ b. J'autorise que les résultats des tests de mon enfant soient divulgués au comté, à l'État ou à toute autre entité gouvernementale, comme l'exige la loi. Les résultats seront saisis dans CRISP (L'échange d'informations sur la santé du Maryland) et SHERe (Système de dossiers médicaux électroniques de PGCPs). PGCPs ne partagera pas d'informations qui violent les lois HIPAA et FERPA.

c. Je reconnais qu'un résultat de test positif est une indication que mon enfant doit s'isoler et sera exclu d'entrer dans un bâtiment de PGCPs jusqu'à la fin de la période d'isolement, conformément aux directives du CDC ou du Maryland Département of Health/MSDE.

d. Je comprends que les Écoles publiques du comté de Prince George n'agissent pas en tant que prestataire de soins médicaux, que ce test ne remplace pas le traitement par le fournisseur de soins médicaux de mon enfant et que j'assume l'entière responsabilité de prendre les mesures appropriées lorsque je recevrai les résultats de mon enfant. J'accepte de demander des conseils, des soins et des traitements médicaux au fournisseur de soins médicaux pour mon enfant si j'ai des questions ou des préoccupations, ou si la condition de mon enfant s'aggrave.

e. Je comprends que, comme pour tout test médical, il est possible que le résultat du test COVID-19 soit faussement négatif. Si mon enfant est symptomatique, ou a été identifié comme un contact proche d'une personne dont le test de dépistage du COVID-19 est positif, mon enfant devra obtenir un résultat négatif de PCR COVID-19 ou un autre diagnostic écrit par le fournisseur de soins de mon enfant avant qu'il ne soit autorisé à retourner à l'école pour apprendre.

f. Je comprends qu'il n'y aura pas de frais à ma charge pour ce test.

Je, soussigné(e), ai été informé(e) de l'objectif du test, des procédures, des avantages et des risques éventuels. J'ai eu la possibilité de poser des questions avant de signer, et on m'a dit que je pouvais poser des questions supplémentaires à tout moment.

Cochez une case et signez ci-dessous.

___ Je consens volontairement à ce que mon enfant soit testé pour le COVID-19.

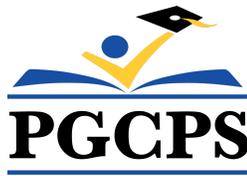
___ **JE NE CONSENS PAS à ce que mon enfant soit testé pour le COVID-19. Je suis conscient que si je refuse que mon enfant fasse le test, mon enfant sera considéré comme un cas positif par le Département de la santé. Sa capacité à retourner à l'école est basée sur une autorisation fournie par le Département de la santé du comté de Prince George.**

Nom en caractères d'imprimerie

Lien avec l'élève/enfant

Signature

Date



**Les Écoles publiques du comté de Prince George
NOTICE FERPA RELATIVE AU COVID-19**

Nom de l'élève :

Numéro d'identification de l'élève :

DDN :

Classe :

École :

Date :

Divulgarion par les Écoles publiques du comté de Prince George d'informations protégées par la Loi sur les droits et la confidentialité en matière d'éducation familiale au Bureau d'échange d'informations sur la santé du Maryland (CRISP)

Conformément à la Loi sur les droits et la confidentialité en matière d'éducation familiale (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g ; 34 C.F.R. part 99), le consentement écrit d'un parent ou d'un élève admissible est requis avant que les dossiers scolaires d'un élève, ou les informations personnellement identifiables qu'ils contiennent, puissent être divulgués à un tiers, sauf si une exception à cette exigence générale de consentement écrit s'applique. Si un étudiant est âgé de 18 ans ou plus, ou s'il est inscrit dans un établissement d'enseignement postsecondaire, il est un "élève admissible" et doit donner son consentement écrit pour la divulgation de son dossier scolaire ou des informations personnellement identifiables qu'il contient.

Je consens par la présente à autoriser les Écoles publiques du comté de Prince George à divulguer les informations personnelles identifiables ou les dossiers scolaires suivants :

- Les résultats du test COVID-19 seront saisis dans L'échange d'informations sur la santé du Maryland (CRISP) et dans le dossier médical électronique de l'étudiant.
- Vous pouvez retirer votre consentement au partage de ces informations à tout moment. Une demande de retrait de votre consentement doit être soumise par écrit et signée.

Signature du parent, du tuteur ou de l'élève éligible

Date



Les Écoles publiques du comté de Prince George Consentement de l'élève relative au COVID-19

Nom de l'élève :

Numéro d'identification de l'élève :

DDN :

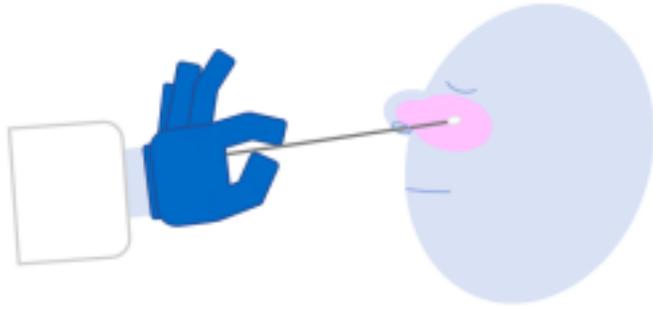
Classe :

École :

Date :

Qu'est-ce qu'un test COVID-19 ?

Une infirmière mettra un écouvillon (comme un très long coton-tige) dans votre nez. Vous aurez peut-être l'impression que l'écouvillon est remonte trop loin dans votre nez, mais c'est la bonne manière de faire le test.



Cela sera-t-il douloureux ?

Le prélèvement dans votre nez peut être douloureux, mais il est rapide et la douleur devrait disparaître rapidement. Il est important de ne pas bouger votre nez.

Avez-vous des questions ?

Vous pouvez poser des questions à tout moment. Vous pouvez les poser maintenant. Vous pouvez les poser plus tard. Vous pouvez me parler ou vous pouvez parler à quelqu'un d'autre.

- **L'élève accepte d'être testé**
- **L'élève ne coopère pas/ne peut pas participer/ne peut pas tolérer.**
- **L'élève refuse d'être testé**

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI CONDUIT LA DISCUSSION DE CONSENTEMENT

J'ai expliqué l'étude à _____ (*nom de l'enfant en caractères d'imprimerie*) dans un langage qu'il peut comprendre, et l'enfant a accepté de participer au test.

Signature de la personne menant la discussion d'accord

Date

Nom de la personne qui mène la discussion de consentement (*en caractères d'imprimerie*)

Signature de l'enfant/élève