

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST COVID-19

## En quoi consiste ce formulaire ?

Nous demandons votre consentement afin de soumettre votre enfant au test de dépistage du COVID-19. Le Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYC DOE) et le Département du développement de la jeunesse et des communautés (Department of Youth and Community Development - DYCD) de la Ville de New York, en collaboration avec NYC Health + Hospitals et le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la Ville de New York, ont établi des partenariats avec des laboratoires et d'autres prestataires pour faire passer aux enseignants, aux membres du personnel et aux participants du programme Summer Rising des tests de dépistage du COVID-19.

## À quelle fréquence allez-vous tester mon enfant ?

Nous prenons des dispositions pour que nos laboratoires et prestataires partenaires testeurs se rendent régulièrement dans chaque programme Summer Rising pour tester certains participants, enseignants et membres du personnel. Si vous donnez votre accord, votre enfant peut être sélectionné pour un test lors d'une ou de plusieurs de ces occasions, conformément aux directives du programme. En plus, votre enfant peut également être testé tout au long de la durée du programme, (1) conformément aux exigences de l'État et de la Ville, ou (2) s'il manifeste un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il est un contact proche d'un participant, d'un enseignant ou d'un membre du personnel affecté par le COVID-19.

## En quoi consiste le test ?

**Si vous donnez votre accord**, votre enfant recevra un test de diagnostic gratuit pour le virus du COVID-19. Le prélèvement d'un échantillon pour le test implique l'introduction d'un petit écouvillon, semblable à un coton-tige dans la partie avant du nez et/ou le prélèvement de la salive (crachat).

## Comment saurai-je si le test de mon enfant est positif ?

Si un prélèvement d'échantillon a été effectué pour tester votre enfant sur le site du programme Summer Rising, ces informations lui seront données pour qu'il les ramène à la maison. Les résultats du test COVID-19 seront généralement fournis dans les 48-72 heures.

## Que dois-je faire lorsque je reçois les résultats du test de mon enfant ?

Si les résultats du test de votre enfant sont positifs, veuillez contacter son médecin immédiatement pour examiner les résultats du test et discuter de ce qu'il faut faire ensuite. Vous devez garder votre enfant à la maison et informer le coordinateur de son programme Summer Rising. Si les résultats du test de votre enfant sont négatifs, cela signifie que le virus n'a pas été détecté dans l'échantillon prélevé sur votre enfant. Les tests peuvent **parfois** indiquer des résultats négatifs incorrects (appelés « faux négatifs ») chez des personnes ayant le COVID-19. Si votre enfant est testé négatif mais a des symptômes du COVID-19, ou si vous avez des inquiétudes concernant l'exposition de votre enfant au COVID-19, vous devez appeler son médecin. Si vous avez besoin d'aide pour trouver un médecin, composez le (844) NYC-4NYC.

## À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE OU UN PARTICIPANT ADULTE

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

# tél/portable du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Meilleur moyen pour vous contacter : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant (majuscules) : \_\_\_\_\_

# OSIS/identifiant scolaire de l'enfant (si disponible) : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_

Programme Summer Rising de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant : \_\_\_\_\_

## NOTIFICATION SUR LE PARTAGE D'INFORMATIONS

La loi autorise le partage de certaines informations relatives à votre enfant avec et entre certaines agences de la Ville de New York et de l'État de New York et leurs prestataires de services sous contrat, notamment ceux listés ci-dessous. Ces informations ne seront partagées que pour des objectifs de santé publique, ce qui peut inclure la notification des contacts proches de votre enfant s'il a été exposé au COVID-19 et la prise d'autres mesures pour prévenir la propagation ultérieure du COVID-19 au sein de votre communauté. Les informations sur votre enfant qui peuvent être partagées avec ces agences et prestataires de services effectuant des tests de dépistage du COVID-19 comprennent le nom de votre enfant et les résultats du test COVID-19, sa date de naissance/son âge, son sexe, sa race/son origine ethnique, le(s) nom(s) du (des) programme(s) Summer Rising, son enseignant ou ses enseignants, son groupe/module, l'historique des inscriptions et de l'assiduité de votre enfant et sa participation aux programmes, ainsi que les noms, adresses, numéros de téléphone, de portable et e-mails des autres membres de la famille, des tuteurs ou tutrices. Le partage des informations de votre enfant ne se fera **que** conformément à la loi en vigueur et aux politiques de la Ville en matière de protection de la vie privée et de la sécurité des données de votre enfant.

- Département de l'Éducation de NYC
- Département de la santé et de l'hygiène mentale de NYC
- Département de la santé de NYS
- Département du développement de la jeunesse et des communautés de NYC
- NYC Health and Hospitals Corporation
- Prestataires de services sous contrat effectuant des tests de dépistage du COVID-19

## CONSENTEMENT

En signant ci-dessous, je certifie que :

- J'ai signé ce formulaire librement et volontairement et que je suis légalement autorisé(e) à prendre les décisions pour l'enfant mentionné ci-dessus.
- Je consens à ce que mon enfant soit testé pour le dépistage du COVID-19.
- Je comprends que mon enfant peut être testé à plusieurs reprises jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2021, et que ces tests peuvent avoir lieu (1) les jours prévus par le NYC DOE et/ou le DYCD conformément aux exigences de l'État et de la Ville, ou (2) si mon enfant manifeste un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il a été un contact proche d'une personne ayant le COVID-19, qu'il s'agisse d'un participant, d'un enseignant ou d'un membre du personnel.
- Je comprends que ce formulaire de consentement sera valable jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2021, sauf si j'informe **par écrit** la personne désignée comme contact du programme Summer Rising de mon enfant que je retire mon consentement.
- Je comprends que si je retire mon consentement ou refuse de signer, mon enfant risque de ne pas être autorisé à participer en personne aux programmes Summer Rising.
- Je comprends que les résultats du test de mon enfant ainsi que d'autres informations peuvent être diffusés conformément à la loi.
- Je comprends que si je suis un participant âgé de 18 ans ou plus, ou si je peux légalement consentir à mes propres soins de santé, les références à « mon enfant » me concernent et je peux signer en mon propre nom.

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(si l'enfant a moins de 18 ans)

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(s'il a 18 ans ou plus ou est autorisé à donner son accord)