

# Test COVID-19 des Élèves pour Rester à l'École

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2021-22

#### But:

Le but de ce « Formulaire de consentement au Test COVID-19 des élèves pour rester à l'école » c'est pour que les parents ou les tuteurs légaux consentent au test COVID-19 pour leurs enfants dans le cadre du programme Test pour Rester à l'École.

#### Autorisations:

- J'autorise et je consens à ce que l'unité de test de Gravity Diagnostics administre le test PCR COVID-19 à mon enfant pour le reste de l'année scolaire 2021-2022 dans les Écoles Publiques du Comté de Fayette dans le cadre du programme Tester pour Rester à l'École.
- Je comprends qu'en signant ce formulaire de consentement, je consens au test COVID-19 de mon élève par Gravity Diagnostics pour l'année scolaire 2021-22 et qu'on ne me demandera plus de fournir un consentement supplémentaire pour que Gravity Diagnostics teste mon élève pour COVID-19 au cours de cette année universitaire.
- J'autorise et je consens à ce que cette unité de test mène des activités de collecte et de test pour COVID-19 à l'aide d'un écouvillon nasal (non invasif, à moins de 1 pouce dans la narine) pour dépister mon élève pour COVID-19.
- J'autorise et je consens à ce que cette unité de test partage les résultats de mon élève avec mon district scolaire dans le seul but d'identifier d'autres personnes qui pourraient avoir été exposées. Je comprends que les résultats des tests de mon élève seront transmis aux services de santé de mon comté ou de mon État, au Centre pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC) des États-Unis ou à toute autre entité gouvernementale requise par la loi.

#### Remerciements:

J'accepte et je consens volontairement à ce que mon élève soit testé par Gravity Diagnostics, LLC pour COVID-19.

J'assume l'entière responsabilité de prendre les mesures appropriées concernant les résultats des tests de mon élève. Je reconnais qu'un résultat de test positif est une indication que mon élève doit s'auto-isoler et porter un masque ou un couvre-visage comme indiqué pour éviter d'infecter les autres. Je comprends également que si mon élève teste positif à l'école, je suis responsable de venir le chercher immédiatement. Je comprends, comme pour tout test médical, ce test COVID-19 a un potentiel de faux positif (c-à-d, test positif mais l'élève n'a pas d'infection ; ou test négatif, mais l'élève a une infection). J'accepte de demander des conseils médicaux, des soins et un traitement à mon pourvoyeur de soins de santé si j'ai des questions ou des préoccupations, ou si l'état de mon élève s'aggrave. Je comprends que Gravity Diagnostics n'agit pas en tant que pourvoyeur de soins de santé et que ce test ne remplace pas le traitement par un pourvoyeur de soins de santé.

Je comprends le but du test, des procédures, les avantages possibles et les risques possibles, et que je peux demander une copie de ce formulaire de consentement. Je peux poser des questions avant de signer ce formulaire de consentement et je comprends que je peux poser des questions supplémentaires à tout moment.

Nom de l'étudiant: \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'étudiant: \_\_\_\_\_

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

Nom du parent ou du tuteur: \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_