

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DE LA COVID-19 POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS

Nom de l'enfant				
Prénom de l'enfant				
Date de naissance			Sexe	
Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur		Ind. rég. Numéro	
Téléphone où l'on peut vous joindre			

Consentement (décision) du parent ou du tuteur			
<p>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.</p> <p>Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit dépisté pour la COVID-19.</p> <p><input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant soit dépisté.</p> <p><input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant soit dépisté.</p>			
Signature du parent ou du tuteur		Date	
		Année	
		Mois	
		Jour	

