

**Formulaire de consentement à la réalisation  
d'autotests antigéniques sur prélèvement nasal dans  
le cadre d'un ACM et sur une personne mineure**

Votre enfant devra se présenter au test de dépistage avec ce formulaire complété :

Je, soussigné(e), représentant légal n°1

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone mobile et fixe pour être prévenu en cas de résultat positif : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /  
courriel : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), représentant légal n°2  
*À renseigner si l'enfant a deux représentants légaux*

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Informations d'identité du mineur :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / 20\_\_



Le résultat positif du test de l'enfant mineur sera communiqué aux parents ;

- Ainsi qu'après des services de la DASEN et de l'ARS qui préconiseront les mesures nécessaires d'isolement et de prévention
- Je serai prévenu par le directeur de l'ACM ;

Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale :

Le/ les parent(s) ou responsables légaux de l'enfant, après avoir pris connaissance des informations présentées, consent(ent) à la réalisation de l'autotest antigénique sur leur enfant.

q Oui q Non

Dans l'hypothèse où les deux parents sont titulaires de l'autorité parentale, le formulaire peut être signé par un seul d'entre eux, le parent signataire garantissant que le second titulaire de l'autorité parentale consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

Signature