



dossier PAD  
(écrire Nom Prenom,  
DDN ou étiquette)

  
**COVID - 19**  
**DÉPISTAGE**

**Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen virologique ou sérologique concernant la COVID-19 en laboratoire de biologie médicale**

32-PRE-7E-138-05-BL

**RECUEIL DU CONSENTEMENT DES TITULAIRES DU/DES TITULAIRE(S) DE L'AUTORITE PARENTALE**

Représentant légal de l'enfant

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

DDN ..... SEXE : M  F

Adresse (Code postal) : .....  
.....  
.....

Numéro de sécurité sociale du parent assuré: / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Caisse de rattachement (ex : CPAM) : .....

Numéro de téléphone mobile du ou des parents : ..... et/ou .....

Information d'identité de l'enfant mineur :

Nom : ..... Prénom : .....

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

Classe de : .....

**Le résultat du test de l'enfant mineur sera communiqué aux parents.**

*La mention du téléphone mobile et/ou du courriel des parents est essentielle pour permettre l'envoi des résultats du test.*

**Le/Les parent(s) consent(ent) à la réalisation du test de dépistage à la COVID-19 sur leur enfant**

Oui  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 parental consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

Je suis informé(e) que les données personnelles renseignées dans ce formulaire sont :

- Mises à disposition de Bioliance sur un serveur sécurisé agréé « hébergement de données de santé »: elles servent à organiser le rendez-vous et l'analyse.
- Puis, après l'analyse, transmises au système d'information de dépistage (SI-DEP) base accessible aux seules autorités agréées (dont les « enquêteurs sanitaires ») pour maîtriser la propagation du virus sur le territoire, assurer le suivi de l'épidémie et mener des travaux de recherche pour l'avenir. Pour exercer ces droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter [sidep-rgpd@sante.gouv.fr](mailto:sidep-rgpd@sante.gouv.fr).

Je ne m'y oppose pas\*

Date :

Signature du représentant légal