



**AUTORISATION DE REALISATION D'UN PRELEVEMENT NASAL
PAR TEST RAPIDE ANTIGENE COVID-19 (AUTOTEST) SUR UN MINEUR**

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) _____

responsable légal du mineur (NOM, prénom) _____

Né(e) le _____ **à** _____

Tel portable _____ **Email** _____

Médecin traitant ou prescripteur _____

consens que soit effectué, sur ou par le mineur désigné, un prélèvement nasal (écouvillon inséré dans la narine) en vue de la réalisation d'un test rapide nasal pour la détection qualitative de l'antigène (protéine N) du SARS-CoV-2.

Le résultat de l'autotest me sera communiqué ainsi qu'au mineur, de manière particulièrement adaptée à sa capacité de discernement.

En cas de résultat positif à l'autotest, le mineur désigné fera l'objet d'une éviction scolaire et devra réaliser un test RT-PCR pour confirmer le résultat. Le même test RT-PCR sera proposé à son entourage proche et une enquête épidémiologique sera réalisée pour identifier d'autres contacts éventuels.

Je reconnais avoir été informé(e) du fait que le résultat d'un test positif sera déclaré à la Direction de l'Action Sanitaire et versé dans un traitement d'informations nominatives destiné à permettre le suivi de la situation épidémiologique, pour lequel j'ai été informé(e) de sa finalité et des informations qu'il contient.

Si vous consentez à ce test et en cas de résultat positif, certaines catégories d'informations nominatives vous concernant et concernant le mineur seront collectées, par l'Etat de Monaco/ Direction de l'Action Sanitaire, pour permettre la mise en œuvre du « Suivi de la situation épidémiologique due au virus SARS-CoV-2 en Principauté ». Les seuls destinataires des données collectées sont le personnel habilité par l'Administration. Conformément à la loi n° 1.165 du 23 décembre 1993 relative à la protection des informations nominatives, modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos informations que vous pouvez exercer, par voie postale ou sur place, en précisant l'objet de la demande, ainsi que votre nom, prénom, adresse mail et date de naissance, à l'adresse suivante : Direction de l'Action Sanitaire – Le Puccini, 48 Boulevard d'Italie - MC 98000 MONACO. Un justificatif d'identité, en noir et blanc, pourra être demandé dans ce cadre afin de vérifier la qualité du demandeur.

Fait à Monaco, le _____

Signature