

# Consentement du parent/tuteur pour le test COVID-19

À compter du 4 janvier 2021, le district scolaire de la ville d'Ithaca commencera un programme de test de surveillance COVID-19 pour les étudiants et le personnel. Notre district n'est pas tenu d'effectuer des tests. Nos écoles ne font partie d'aucun des groupes ou zones identifiés par l'État. Cela reflète notre engagement à garder nos écoles ouvertes pour l'apprentissage à distance et en personne.

Les infirmières scolaires et autres membres du personnel formés utiliseront des kits de test fournis par le Département de la Santé de NYS. L'échantillonnage nécessite un écouvillon juste à l'intérieur du nez. Les tests sont gratuits, fournis sans frais aux étudiants et au personnel. En conformant notre programme sur les exigences de la «zone jaune» de l'État de New York, nous testerons 20% des étudiants et du personnel en présentiel pendant chaque période de 2 semaines.

En préparation, le Ithaca City School District vous demande de remplir un formulaire de consentement comme indiqué ci-dessous. Cela permettra à votre enfant de subir un test de dépistage du COVID-19 à l'école. Nous ne testerons pas votre enfant sans votre consentement.

\* requis

1. Prénom de l'enfant: \*
2. Nom de famille de l'enfant: \*

3. Niveau de l'enfant: \*

*Griser un seul ovale*

◆ Pre-Kindergarten

◆ Kindergarten

◆ 1st Grade

◆ 2nd Grade

◆ 3rd Grade

◆ 4th Grade

◆ 5th Grade

◆ 6th Grade

◆ 7th Grade

◆ 8th Grade

◆ 9th Grade

◆ 10th Grade

◆ 11th Grade

◆ 12th Grade

4. Date de naissance de l'enfant \*

*Exemple: January 7, 2019*

5. Numéro identifiant l'étudiant au ICSD:

Ne pas remplir si inconnu

- J'autorise mon enfant à subir un test de dépistage de l'infection au COVID-19.
  - Je comprends que mon enfant peut être testé à plusieurs reprises jusqu'au 30 juin 2021 et que des tests pourront être effectués (1) comme prévu par l'ICSD-Ithaca City School District, (2) s'il présente un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il a été en contact étroit avec un élève, un enseignant ou un membre du personnel infecté par le COVID-19.
  - J'autorise l'échange d'informations de santé protégées (PHI) et d'informations personnellement identifiables, comme le permet la loi à fin de signalement.
  - Je comprends que ce formulaire de consentement sera valide jusqu'à la fin de l'année scolaire 2020-2021, à moins que j'informe par écrit la personne de contact désignée de l'école de mon enfant et que je révoque mon consentement.

## 6. Établissement scolaire de l'enfant \*

*Remplir seulement un ovale*

- ◆ Belle Sherman Elementary
- ◆ Beverly J. Martin Elementary
- ◆ Boynton Middle School
- ◆ Caroline Elementary
- ◆ Cayuga Heights Elementary
- ◆ DeWitt Middle School
- ◆ Enfield Elementary
- ◆ Fall Creek Elementary
- ◆ Ithaca High School
- ◆ Lehman Alternative Community School
- ◆ Northeast Elementary
- ◆ South Hill Elementary

En remplissant ci-dessous, j'atteste que:  
(À REMPLIR PAR LE PARENT / TUTEUR POUR L'ENFANT DE MOINS  
DE 18 ANS)

- • J'autorise que mon enfant puisse subir un test d'infection au COVID-19.
- • Je comprends que mon enfant peut être testé à plusieurs reprises jusqu'au 30 juin 2021 et que le test peut survenir (1) comme prévu par l'ICSD (2) s'il présente un ou plusieurs symptômes du COVID-19, ou (3) s'il est en contact avec un élève, un enseignant ou un membre du personnel infecté par le COVID-19.
- • J'autorise l'échange des informations de santé protégées (PHI) et les informations personnellement identifiables comme l'autorise la loi à des fins de signalement.
- • Je comprends que ce formulaire d'inscription sera valide jusqu'à la fin de l'année scolaire

**2020-2021, sauf si j'informe par écrit la personne de contact désignée par l'école de mon enfant que je révoque mon consentement.**

7. Nom et prénom du parent/tuteur de l'enfant: \*

8. Rapport avec l'étudiant:

*Griser un seul ovale*

- ◆ Parent
- ◆ Tuteur
- ◆ Personne détenant un ordre légal de garde
- ◆ Personne en relation parentale

**Contacts d'urgence**

Au cas où nous devrions renvoyer les étudiants à la maison, veuillez fournir les coordonnées d'urgence ci-dessous.

**Contact d'urgence N° 1**

9. Nom et prénom:

10. N° de téléphone:

11. Courriel (e-mail):

12. Autorisez-vous ce contact à venir chercher votre enfant à l'école en cas d'urgence?

*Griser un seul ovale.*

Oui

Non

13. Adresse

14. L'élève peut-il être déposé à cette adresse en cas d'urgence?

*Griser un seul ovale.*

Oui

Non

## Contact d'urgence N° 2

15. Nom et prénom:

16. N° de téléphone:

17. Courriel (e-mail):

18. Autorisez-vous ce contact à venir chercher votre enfant à l'école en cas d'urgence?

*Griser un seul ovale.*

Oui

Non

19. Adresse

20. L'élève peut-il être déposé à cette adresse en cas d'urgence?

*Griser un seul ovale.*

Oui

Non