



COVID-19 : Testing mobile dans les classes en scénario 1

**Attestation de consentement (personne majeure)**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur\*

(Nom) \_\_\_\_\_

(Prénom) \_\_\_\_\_

(Matricule) \_\_\_\_\_

(N° de GSM) \_\_\_\_\_

(Nom de l'école) \_\_\_\_\_

(Classe fréquentée) \_\_\_\_\_

- donne mon consentement explicite** (en cochant la case) **pour être testé(e) au sein de mon établissement scolaire** durant les heures de classe et ceci, par un préleveur dûment qualifié selon le Règlement grand-ducal du 3 novembre 2020 fixant les conditions de réalisation de prélèvements nasopharyngés, oropharyngés, buccaux ou salivaires afin de réaliser des tests diagnostiques ou de dépistage de l'infection par virus SARS-CoV-2 ; et je donne mon accord pour que le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse transmette mes données à caractère personnel (nom, prénom, matricule et numéro de GSM) au Laboratoire national de santé  **dans le cadre du dispositif de testing mobile.**

Fait à (lieu) \_\_\_\_\_ le (date) \_\_\_\_\_.

Signature \_\_\_\_\_

**À retourner au titulaire/régent de la classe dans les meilleurs délais et au plus tard le 6<sup>e</sup> jour de la mise à l'écart de la classe, avant la réalisation du test par l'équipe de testing mobile dans la classe.**

\_\_\_\_\_  
\* Veuillez entourer la mention qui convient



COVID-19 : Testing mobile dans les classes en scénario 1

### Attestation de consentement parental

Je soussigné(e) Madame, Monsieur\*

(Nom) \_\_\_\_\_

(Prénom) \_\_\_\_\_

(N° de GSM) \_\_\_\_\_

mère/père/tutrice/tuteur\* de

(Nom) \_\_\_\_\_

(Prénom) \_\_\_\_\_

(Matricule) \_\_\_\_\_

(Nom de l'école) \_\_\_\_\_

(Classe fréquentée) \_\_\_\_\_

- donne mon consentement explicite** (en cochant la case) **pour que mon enfant soit testé au sein de son établissement scolaire** durant les heures de classe et ceci, par un préleveur dûment qualifié selon le Règlement grand-ducal du 3 novembre 2020 fixant les conditions de réalisation de prélèvements nasopharyngés, oropharyngés, buccaux ou salivaires afin de réaliser des tests diagnostiques ou de dépistage de l'infection par virus SARS-CoV-2 ; et je donne mon accord pour que le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse transmette ses données à caractère personnel (nom, prénom, matricule et numéro de GSM) au Laboratoire national de santé **dans le cadre du dispositif de testing mobile.**
- NE donne PAS mon consentement** (en cochant la case) pour que mon enfant soit testé au sein de son établissement scolaire et m'engage à faire tester mon enfant dans un laboratoire ou un autre centre effectuant des tests COVID-19.

Fait à (lieu) \_\_\_\_\_ le (date) \_\_\_\_\_ .

Signature \_\_\_\_\_

**À retourner au titulaire/régent de la classe dans les meilleurs délais et au plus tard le 6<sup>e</sup> jour de la mise à l'écart de la classe, avant la réalisation du test par l'équipe de testing mobile dans la classe.**

\_\_\_\_\_  
\* Veuillez entourer la mention qui convient