



DSPS - DGS  
Service du médecin cantonal  
Rue Adrien-Lachenal 8  
1207 Genève

## Tests de dépistage pour le COVID-19 dans les écoles pour l'année scolaire 2020/2021

### Déclaration de consentement des parents

En tant que parent ou responsable légal, j'accepte que mon enfant soit testé pour le COVID-19 à l'école en cas de foyer épidémique (test PCR par prélèvement de salive ou dans la bouche).

Les échantillons sont analysés uniquement dans le cadre d'un diagnostic au COVID-19. En dehors de cette analyse, aucune donnée personnelle de mon enfant n'est collectée.

Le résultat est communiqué

- aux parents par sms
- à l'Office fédéral de la santé publique
- au Service du médecin cantonal.

Le résultat du test n'est pas transmis à l'établissement scolaire par respect du secret médical.

Si le test est positif, mon enfant devra être mis en isolement.

La participation aux tests est volontaire. Elle peut être modifiée à tout moment.

.....  
En cas de foyer épidémique de COVID-19 dans l'école de mon enfant :

- Je suis d'accord que mon enfant participe aux tests de dépistage.
- Je ne suis PAS d'accord que mon enfant participe aux tests de dépistage.

Si vous n'acceptez pas la participation de votre enfant aux tests, le service du médecin cantonal peut ordonner une quarantaine.

\*\*\*\*\*

Classe: .....

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom et prénom du parent ou .....  
responsable légal :

Téléphone mobile: .....

Date: ..... Signature du parent ou responsable légal: .....