FORMULAIRE POUR LE SYSTÈME PUBLIC



**Formulaire de consentement au programme de test COVID-19 AS22**

1. **Introduction**
2. **Accord de consentement**
3. **Informations personnelles**
4. **Sélection de l’école**

Notre objectif pour les tests COVID-19 est d'assurer que les élèves et le personnel puissent participer en toute sécurité à l'enseignement présentiel, tout en réduisant les impacts d'une quarantaine généralisée sur les élèves, leurs familles et les écoles.

Ce formulaire comprend une demande de consentement pour que votre élève soit testé, des détails sur la façon dont les informations relatives aux tests peuvent être partagées et une description des types de tests proposés par notre école. Nous pouvons utiliser plus d'un type de test à tout moment, car chaque type a un objectif différent.   Pour plus d'informations, veuillez consulter ce [guide utile sur les outils de test potentiels](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (lien en anglais) que notre école peut proposer.

**Tous les tests sont volontaires et exigent le consentement.**

**Ce formulaire de consentement est destiné UNIQUEMENT aux tests en réponse à un cas positif à l'école, plus particulièrement à l'aide de tests PCR, LAMP ou antigéniques. Le personnel ou les familles ayant des élèves souhaitant participer à des tests de surveillance hebdomadaires devront remplir un** [**formulaire de consentement distinct**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(lien en anglais).**

Suivant



## Formulaire de consentement au programme de test COVID-19 AS22

1. **Introduction**
2. **Accord de consentement**
3. **Informations personnelles**
4. **Sélection de l’école**

**Je remplis ce formulaire pour / en tant que : obligatoire**



### Accord de consentement

#### NOTIFICATION DE PARTAGE D'INFORMATIONS

Les informations concernent votre mineur et les résultats de ses tests seront partagés avec et entre certaines agences, entrepreneurs et fournisseurs du Vermont pour soutenir le programme de test. Ces informations ne seront partagées qu'à des fins de santé publique, ce qui peut inclure la notification aux contacts étroits de votre mineur s'ils ont été exposés à la COVID-19, et la prise d'autres mesures pour empêcher la propagation de la COVID-19 dans votre communauté.

Les informations concernant votre mineur peuvent être partagées avec les agences, les entrepreneurs et prestataires de services du Vermont effectuant des tests COVID-19 et comprennent le nom de votre mineur et les résultats des tests COVID-19, la date de naissance / l'âge, le sexe, la race / l'origine ethnique, les noms de l'école / du camp, des enseignants et conseillers, l'historique des inscriptions et de la présence en classe/cohorte/cellule et la participation à des programmes parascolaires ou autres, les noms d'autres membres de la famille ou tuteurs, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse e-mail.

Le département de la santé du Vermont rendra publiques les données qu'il reçoit sur les cas de COVID-19 dans les écoles. Les informations concernant votre mineur ne seront partagées que conformément à la législation applicable et aux politiques de notre organisation protégeant la vie privée des élèves et campeurs et la sécurité des données de votre mineur.

* En signant ci-dessous, je consens [pour mon enfant/moi-même] à participer aux [types de tests COVID-19](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart) suivants (lien en anglais) :

        o   Tests PCR à l'école

        o   Tests PCR à la maison

        o   Test pour rester Test antigénique

* Je comprends que si mon enfant est un contact étroit ou symptomatique, il sera invité à participer aux tests de réponse à la COVID-19
* Je comprends que le type de test (les options ci-dessus) peut varier et dépend de la situation ([Test COVID-19 en bref](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart) - lien en anglais).
* Je certifie que je suis le parent ou le tuteur légal du patient, ou que je suis le patient et âgé d'au moins 18 ans.
* J’ai eu la possibilité de poser des questions sur les types de tests décrits ci-dessus.
* Je comprends que les tests de réponse à la COVID-19 à l'école sont volontaires et que je peux refuser de participer (ou de faire participer mon enfant) à tout moment.
* Je comprends que si je refuse de participer (ou de faire participer mon enfant) aux tests de réponse à la COVID-19, moi / mon enfant pourrons être mis en quarantaine.

J'ai lu, j'accepte et je consens aux déclarations ci-dessus. obligatoire,

Oui

J'ai lu, j'accepte et consent aux déclarations ci-dessus. obligatoire.

Veuillez ne pas continuer à remplir ce formulaire si vous n’êtes pas d’accord.

PrécédentSuivant

2 / 4



## Formulaire de consentement au programme de test COVID-19 AS22

1. **Introduction**
2. **Accord de consentement**
3. **Informations personnelles**
4. **Sélection de l’école**

Informations personnelles et démographiquesParent ou tuteur obligatoire





Nom du participant au test obligatoire





Adresse obligatoire











**Téléphone obligatoire**



**Adresse e-mail**



Sexe biologique du participant au test obligatoire

Féminin

Masculin

Autre

Race / données démographiques du participant au test

 Indien d’Amérique ou autochtone de l’Alaska

Asiatique

Noir ou Afro-américain

Originaire d’Hawaï ou d’une autre île du Pacifique

Blanc

Inconnu

Refuse de répondre

Veuillez sélectionner la race / le groupe démographique auquel vous vous identifiez.

Le/la participant(e) au test est-il/elle employé(e) dans le secteur de la santé ? obligatoire

Oui

Non

Le/la participant(e) au test vit-il/elle dans une habitation collective (par exemple, un établissement de soins de longue durée, un établissement pénitentiaire ou un refuge) ? Obligatoire – réponse par défaut réglée sur « Non »

Oui

Non

PrécédentSuivant

3 / 4



## Formulaire de consentement au programme de test COVID-19 AS22

1. **Introduction**
2. **Accord de consentement**
3. **Informations personnelles**
4. **Sélection de l’école**

Informations sur l’école**Union de supervision obligatoire**



**École obligatoire**



PrécédentSoumettre

4 / 4

PUBLIC SYSTEM FORM



**SY22 COVID19 Testing Program Consent Form**

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Our goal for COVID-19 testing is to ensure that students and staff can safely participate in in-person learning while reducing the impacts of widespread quarantine on students, their families and schools.

This form includes a request for consent to have your student tested, details about how test information may be shared, and a description of the testing types that our school is offering. We may be using more than one testing type at any given time because each has a different purpose.   For more information, please review this [helpful guide on the potential testing tools](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (link in English) that our school may offer.

**All testing is voluntary and will require consent.**

**This consent form is ONLY for testing in response to a positive case at school, specifically using PCR, LAMP or antigen tests. Staff or families with students interested in participating in weekly surveillance testing will need to complete a**[**separate consent form**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(link in English).**

Next



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

**I am completing this form for/as a: required**



### Consent Agreement

#### NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING

The information about your minor and his or her test results will be shared with and among certain Vermont agencies, contractors and providers to support the testing program. This information will be shared only for public health purposes, which may include notifying close contacts of your minor if they have been exposed to COVID-19, and taking other steps to prevent the further spread of COVID-19 in your community.

Information about your minor may be shared with the Vermont agencies, contractors and service providers conducting COVID-19 Testing, and includes your minor's name and COVID-19 test results, date of birth/age, sex, race/ethnicity, school/camp names, teacher(s) and counselors, classroom/cohort/pod enrollment and attendance history, and after school or other program participation, names of other family members or guardians, address, telephone number, and email address.

The Vermont Department of Health will report publicly data they receive about COVID-19 cases in schools. Your minor’s information will only be shared in accordance with applicable law and our organization's policies protecting student and camper privacy and the security of your minor's data.

* By signing below, I am consenting [for my child / myself] to participate in the following [COVID-19 Testing Types](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart) (link is in English):

        o   In school PCR testing

        o   Take home PCR testing

        o   Test to Stay Antigen testing

* I understand that if my child is a close contact or symptomatic, they will be asked to participate in COVID-19 response testing
* I understand that the type of testing (the options above) may vary and is dependent on the situation ([COVID-19 Testing At A Glance](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart) – link is in English).
* I certify that I am the parent or legal guardian of the patient, or I am patient and at least 18 years of age.
* I have been given the opportunity to ask questions about the test types outlined above.
* I understand that school COVID-19 response testing is voluntary, and that I may decline to (have my child) participate at any time.
* I understand that if I decline to (have my child) participate in COVID-19 response testing, my child / I may be asked quarantine.

I have read, agree and consent to the above statements. required,

Yes

I have read, agree and consent to the above statments. is required.

Please do not continue filling out this form if you do not agree.

BackNext

2 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Personal and Demographic InformationParent or Guardian required





Testing Participant Name required





Address required











**Phone required**



**Email**



Testing Participant Biological Sex required

Female

Male

Other

Testing Participant Race/Demographics

American Indian or Alaskan Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Unknown

Refused to answer

Please select the race/demographic that you identify with.

Is the testing participant employed in the healthcare industry? required

Yes

No

Does the testing participant live in congregate housing (e.g. long-term care facility, correctional facility or shelter)? Required – default response set to “No”

Yes

No

BackNext

3 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### School Information

**Supervisory Union required**



**School required**



BackSubmit

4 / 4