

AUTORISATION POUR UN MINEUR DE PRELEVEMENT RHINO-PHARYNGE POUR RT-PCR COVID-19

Nos données à caractère personnel seront exploitées conformément à la loi n° 1.165 du 23 décembre 1993 relative à la protection des informations nominatives, modifiée, et, le cas échéant, à la décision ministérielle du 20 mai 2020 relative à la mise en œuvre d'un traitement d'informations nominatives destiné à permettre le suivi de la situation épidémiologique, prise en application de l'article 65 de l'Ordonnance Souveraine n° 6.387 du 9 mai 2017 relative à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (2005) en vue de lutter contre la propagation internationale des maladies.

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) _____

responsable légal du mineur (NOM, prénom) _____

Né(e) le _____ à _____

Tel portable _____ **Email** _____

Médecin traitant ou prescripteur

Consens que l'on réalise sur le mineur désigné un prélèvement rhino-pharyngé (écouvillon passé par la narine et le nez) pour rechercher le SARS-CoV-2 par *Reverse Transcriptase - Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR).

Le résultat de la RT-PCR me sera communiqué ainsi qu'au mineur désigné, de manière particulièrement adaptée à sa capacité de discernement.

Je consens à ce que le résultat puisse être communiqué à son médecin traitant ou au médecin prescripteur, dans le respect du secret professionnel.

En cas de positivité du test, le mineur désigné fera l'objet d'une éviction scolaire et devra respecter scrupuleusement les mesures barrières (port d'un masque chirurgical et désinfection fréquente des mains) et prendre sa température deux fois par jour. Le même test RT-PCR sera proposé à son entourage proche et une enquête épidémiologique sera réalisée pour identifier d'autres contacts éventuels.

En cas d'apparition de symptômes, le médecin traitant devra être prévenu sans délai ainsi que, pour les résidents à Monaco, le Centre COVID au 92 05 55 00 ou, pour les résidents en France, le Centre 15.

Un test RT-PCR positif signifie que l'on est porteur, au moment de la réalisation du test, du virus SARS-CoV-2 et que l'on est susceptible de le transmettre.

On est malade lorsque l'on a de la fièvre ou de la toux, ou d'autres symptômes. Dans les autres cas, on est porteur asymptomatique du virus.

Fait à Monaco, le _____

Signature

**DEMANDE DE PASSE SANITAIRE POUR UN MINEUR
APRES LE RESULTAT
D'UN TEST VIROLOGIQUE DE TYPE RT-PCR**

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) _____

responsable légal du :

mineur (NOM, prénom) _____

né le _____ à _____

(ces informations apparaîtront sur le certificat du mineur et doivent être conformes à son document d'identité (carte d'identité ou passeport)).

demande la délivrance d'un certificat pour le mineur désigné qui sera valable :

- à **Monaco** et en **France**
- à **Monaco** et dans l'**Union européenne** (en cochant cette case, **j'accepte** que les données personnelles contenues dans le certificat du mineur désigné soient communiquées à un système d'information français pour permettre sa conversion en un certificat valable dans l'Union européenne)

En faisant cette demande, les informations nominatives vous concernant seront collectées, par l'État de Monaco/Département des Affaires Sociales et de la Santé, pour permettre l'établissement du certificat. Les seuls destinataires des données collectées sont le personnel habilité par l'Administration et, si vous avez choisi un certificat valable dans l'Union européenne, le personnel habilité par le responsable du traitement du système d'information français. Les personnes habilitées à contrôler le certificat, conformément aux dispositions applicables, n'ont accès aux données qu'en lecture et ne conservent en aucun cas les données affichées lors du contrôle. 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 les informations du mineur désigné que vous pouvez exercer, par voie postale ou sur place, en précisant l'objet de la demande, ainsi que vos nom, prénom et adresse de messagerie électronique, ainsi que les nom, prénom et date de naissance du mineur désigné, à l'adresse suivante : Département des Affaires Sociales et de la Santé - Place de la Visitation - 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