

**Formulaire de délégation de l’autorité parentale à la passation d’un test de dépistage**

**de la COVID-19 pour un usager hébergé en famille d’accueil**

**en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse**

|  |  |
| --- | --- |
| **identification de l’enfant** | **No d’usager :**  Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom  Cliquez ici pour entrer du texte. | Prénom  Cliquez ici pour entrer du texte. | Date de naissance | année Cliquez ici pour entrer du texte. | mois Cliquez ici pour entrer du texte. | jour Cliquez ici pour entrer du texte. | Sexe M F |

**Je soussigné,**

Mme/M. Cliquez ici pour entrer du texte., personne autorisée par le directeur de la protection de la jeunesse, atteste avoir

obtenu le consentement verbal de Mme/M Cliquez ici pour entrer du texte., parents de l’enfant, à ce que l’enfant passe un

test de dépistage de la COVID-19 accompagné(e) de Mme/M. Cliquez ici pour entrer du texte., de la famille d’accueil où il

est hébergé.

J’atteste également avoir obtenu le consentement des parents ci-haut mentionnés à ce que le résultat du test de dépistage

de la COVID-19 soit transmis à Mme/M. Cliquez ici pour entrer du texte., responsable de la famille d’accueil où il est

hébergé. Le résultat sera par la suite transmis aux parents par nos services.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personne autorisée**

Cliquez ici pour entrer une date.

**Date**