**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**ELEVE CAS CONTACT**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

représentant légal de :

**[Prénom et Nom de l’élève]**

* suis informé(e) que mes données ont vocation à être tracées dans un système d'information géré par l'Assurance Maladie visant à identifier les personnes infectées et leurs contacts aux seules fins de lutte contre l'épidémie ;
* atteste sur l'honneur que (cocher les cases correspondant à la situation de votre enfant et complétez les dates) :
* mon enfant a moins de douze ans  **ou** mon enfant a plus de douze ans et présente un schéma vaccinal complet (deux doses de vaccin) ;
* le résultat de l’autotest réalisé immédiatement, le ………………… [date du test], est négatif ;
* je m’engage à effectuer un second autotest deux jours après le premier, le ………………… [date du test] et à en communiquer le résultat au collège (message pronote à destination de la vie scolaire et de l’infirmière) ;
* je m’engage à effectuer un second autotest quatre jours après le premier, le ………………… [date du test] et à en communiquer le résultat au collège (message pronote à destination de la vie scolaire et de l’infirmière) ;

**OU**

* mon enfant a plus de douze ans et ne présente pas un schéma vaccinal complet ;
* le résultat du test RT-PCR réalisé le ………………… [date du test] soit au moins 7 jours après le dernier contact avec un cas avéré (y compris au sein du foyer), est négatif.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature