|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DOS FILHO(A)S PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES RELACIONADAS À COVID-19 ENTRE A ESCOLA E O PROGRAMA PROGRAMA PRÉ E PÓS AULAS** | | | | | |
| **A SER PREENCHIDO PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS** | | | | | |
| **Informação dos pais/responsável:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Pais/Responsáveis**  **Nome (em letra de forma):** |  | | | | |
| **Número do celular do pai/responsável:**  *Observação: os resultados serão enviados para este número de celular* |  | | | | |
| **Pais/Responsáveis**  **E-mail:** |  | | | | |
| **Informações sobre as crianças/aluno(a)** | | | | | |
| **Nome em letra de forma da criança/aluno(a):** |  | | | | |
| **Ano:** |  | | | | |
| **Data de nascimento:**  *(MM/DD/AAAA)* |  | | | | |
| **Endereço:** |  | **Cidade:** |  | **ZIP:** |  |
| **Consentimento para compartilhamento de informações relacionadas à COVID-19:** | Sim, eu autorizo a escola do meu filho(a) e os programas pré/pós aulas da escola listados abaixo a compartilhar, entre si, os resultados do teste da COVID-19 do meu filho(a) e a identificação do meu filho(a) como um contato próximo que pode precisar participar do testar e ficar.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Escola do aluno(a) Programa OST do aluno(a) | | | | |
| **CONSENTIMENTO** | | | | | |
| Ao preencher e enviar este formulário, eu confirmo que sou o pai/mãe, responsável ou uma pessoa legalmente autorizada adequada para fornecer consentimento:   1. Eu, ou outra pessoa legalmente autorizada, autorizei previamente a coleta e o teste de uma amostra de meu filho(a) para a COVID-19 na escola e confirmo que meu filho(a) pode continuar participando desse programa de teste sob os termos do consentimento prévio. 2. Além das entidades listadas em meu consentimento prévio, autorizo a escola do meu filho(a) e o programa pré/pós aulas da escola a compartilhar os resultados do teste da COVID-19 do meu filho(a) e se meu filho(a) foi identificado como um contato próximo que pode precisar participar de testar e ficar. 3. Eu entendo que qualquer compartilhamento de informações pode incluir a divulgação da identidade do meu filho(a), informações de contato e informações sobre os resultados do teste da COVID-19 ou sua identificação como um contato próximo.   Eu, o abaixo assinado, fui informado sobre o objetivo, procedimentos, possíveis benefícios e riscos do teste da COVID-19 e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e fui informado que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Eu voluntariamente concordo com este teste para COVID-19 para meu filho(a). | | | | | |
| **Assinatura do Pai/Mãe/Responsável:** |  | | | **Data:** | |