For highlighted text, districts and schools should fill in the appropriate information or choose the correct option.

**Formulário de adesão para alunos participantes do programa de teste domiciliar de antígeno**

* Tanto indivíduos vacinados quanto os não vacinados são fortemente incentivados a optar por participar.

**Informações Individuais:**

|  |
| --- |
| **Informações sobre Pai/Mãe/Tutor** |
| **Nome do Pai/Mãe/Tutor em Letra de Forma:** |  |
| **E-mail do Pai/Mãe/Tutor:** |  |
| **Informações do Aluno** |
| **Nome do Aluno em Letra de Forma:** |  |
| **Série do Aluno:**  |  |
| **Nome da Escola do Aluno:** |  |
| **Optar por Participar** |  **Sim**, eu opto por meu filho(a) participar do programa de testagem domiciliar de antígeno *(leia e assine o formulário abaixo)* **Não**, eu opto por meu filho não participar do programa de testagem domiciliar de antígeno *(Nenhuma outra ação necessária)* |

**Estipulações da Opção por Participar:**

Ao preencher e submeter este formulário, confirmo que sou pai/mãe, responsável ou indivíduo legalmente autorizado a participar do programa de teste domiciliar de antígeno:

* Opção por participar: Entendo que meu distrito escolar fornecerá os testes domiciliares de antígeno apenas para os alunos e funcionários, vacinados ou não vacinados, que optarem por participar.
* Treinamento: Entendo que meu distrito escolar fornecerá os materiais de pré-requisito de treinamento de administração de teste domiciliar de antígeno, incluindo instruções sobre quando os testes devem ser feitos. Concordo em fazer este treinamento antes de realizar o teste em meu filho(a).
* Distribuição de testes: Entendo que os testes domiciliares serão entregues ao meu aluno para serem levados para casa a cada duas semanas. Entendo que cada kit de teste contém dois testes individuais, e realizarei o teste em meu aluno na [dia da semana].
* Relato dos resultados do teste: Entendo que se meu filho(a) tiver um teste positivo, relatarei o resultado positivo do teste para a escola de meu filho(a) e meu professional de saúde. Entendo que a escola manterá os resultados dos testes relatados em sigilo e os resultados individuais não serão divulgados ao público.
* Participação voluntária: Entendo que optar pelo programa de teste domiciliar de antígeno é opcional e que posso optar por não participar a qualquer momento. Para cancelar esta opção para o programa de teste domiciliar de antígeno, preciso entrar em contato com [XX].

Eu, abaixo assinado, fui informado sobre o programa de teste domiciliar de antígeno e os procedimentos e recebi uma cópia deste formulário de adesão. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e me disseram que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Eu voluntariamente opto pela participação de meu filho(a) neste programa:

Assinatura do pai/mãe/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_