



Beardstown Community Unit Schools

500 East 15th Street - Board Office p. 217-323-3099
Beardstown, IL 62618 f. 217-323-5190

Provide a challenging and responsive educational environment in a changing community that creates caring, socially responsible, and exemplary students.

Consent for COVID-19 Testing of Minor

To be completed by a parent or legal guardian of a student less than 18 years of age seeking COVID-19 testing at Beardstown School District.

Beardstown School District will be providing rapid testing during the 2021-2022 school year. Part of the Back-to-School Plan is that the Beardstown School District requires consent to conduct COVID-19 testing for students who attend school. Rapid antigen COVID-19 tests will be administered by CLIA-licensed school employees. These tests are designed to return results within 15 minutes. The Beardstown School District will implement the following testing protocol:

- Any student who exhibits COVID-19 symptoms at school will be tested.
- Any student that qualifies for the Test - To - Stay procedure will be tested based on timelines set forth in that procedure,
- Parents may bring symptomatic students to school to be tested as well

If your child receives a positive result, you will be contacted immediately to pick up your child from school. The district strongly recommends that you seek medical advice, care, and treatment from your child's medical provider if you have questions or concerns, or if your child's condition worsens.

As the parent/legal guardian of a minor student ("Student"), I hereby give my express consent for Student to be tested for COVID-19 under the authorization of a supervising physician. I understand that a nasal swab will be collected from Student and tested for COVID-19 using a rapid antigen test.

- **Potential Risks:** I acknowledge the potential risks of my child's COVID-19 test include the possibility of incorrect test results because of false positives and false negatives.
- **Beardstown School District is not a Medical Provider:** I understand Beardstown School District is not acting as Student's medical provider and that this testing does not replace treatment by Student's medical provider.
- **Disclosure to Government Authorities:** I acknowledge that Beardstown School District will provide Student's COVID-19 test results to the Cass County Health Department to control, prevent, and mitigate the spread of COVID-19. I further acknowledge that the Student's test results and associated information may be shared with appropriate county, state, or other governmental and regulatory entities as may be permitted by law.
- **Release:** To the fullest extent permitted by law, I hereby release, discharge, and hold harmless, the Beardstown School District, including, without limitation, any of its respective officers, directors, employees, representatives and agents from any and all claims, liability, and damages, of whatever kind or nature, arising out of or in connection with any act or omission relating to my Student's COVID-19 diagnostic test or the disclosure of my Student's COVID-19 test to the Cass County Health Department.

I acknowledge that I have read, understood, and agreed to the statements contained within this form. I have been informed about the purpose of the COVID-19 diagnostic test and potential risks and benefits. I have the legal authority, based upon my relationship to Student, to consent to this test administration for the Student.

Also, I agree to the following:

- I have signed this form freely and voluntarily, and I am legally authorized to make decisions for the child named below.
- I understand that this consent form will be valid through the 2021-2022 school year, unless I notify the designated contact person from my child's school in writing that I revoke my consent.
- I understand that if I am a student age of 18 or older, or may otherwise legally consent to my own health care, the reference to "my child" refers to me and I may sign this form on my own behalf.
- I consent to signing this form electronically, and I understand that by typing my name above I am legally signing this form

Student's Name: _____

Student's Date of Birth: _____

Student's Address: _____

Student's Phone: _____

Parent/Legal Guardian Name (please print): _____

Parent/Legal Guardian Signature: _____

Date: _____

Emergency Contact and relationship to Student: _____

Emergency Contact's Phone Number: _____

May we leave a message with the emergency contact? YES / NO



Beardstown Community Unit Schools

500 East 15th Street - Board Office p. 217-323-3099
Beardstown, IL 62618 f. 217-323-5190

Provide a challenging and responsive educational environment in a changing community that creates caring, socially responsible, and exemplary students.

Consentement pour le test de dépistage de la COVID-19 chez les mineurs

À remplir par un parent ou un tuteur légal d'un élève de moins de 18 ans qui souhaite subir un test de dépistage de la COVID-19 dans le district scolaire de Beardstown.

Le district scolaire de Beardstown va administrer des tests rapides au cours de l'année scolaire 2021-2022. Dans le cadre du plan de retour à l'école, le district scolaire de Beardstown exige le consentement pour effectuer des tests de COVID-19 pour les élèves qui fréquentent l'école. Les tests rapides d'antigène contre la COVID-19 seront administrés par les employés de l'école agréés par la CLIA. Ces tests sont conçus pour donner les résultats dans les 15 minutes. Le district scolaire de Beardstown mettra en œuvre le protocole de test suivant:

- Tout élève qui présente des symptômes de COVID-19 à l'école sera testé.
- Tout étudiant qui se qualifie pour la procédure Tester - Pour - Rester sera testé en fonction des délais établis dans cette procédure,
- Les parents peuvent amener des élèves symptomatiques à l'école pour qu'ils soient également testés

Si votre enfant reçoit un résultat positif, vous serez contacté immédiatement pour venir chercher votre enfant à l'école. Le district vous recommande fortement de consulter un médecin, de prendre soin et de traiter auprès du fournisseur de soins médicaux de votre enfant si vous avez des questions ou des préoccupations, ou si l'état de votre enfant s'aggrave.

En tant que parent/tuteur légal d'un élève mineur ("Étudiant"), je donne par la présente mon consentement exprès pour que l'Étudiant subisse un test de dépistage du COVID-19 sous l'autorisation d'un médecin superviseur. Je crois comprendre qu'un écouvillon nasal sera prélevé chez l'étudiant et testé pour la COVID-19 à l'aide d'un test antigénique rapide.

- **Risques potentiels:** Je reconnais que les risques potentiels du test COVID-19 de mon enfant incluent la possibilité de résultats de test incorrects en raison de faux positifs et de faux négatifs.
- **Le District scolaire de Beardstown n'est pas un fournisseur de soins médicaux:** je comprends que le district scolaire de Beardstown n'agit pas comme fournisseur de soins médicaux pour les étudiants et que ce test ne remplace pas le traitement par le fournisseur de soins médicaux de l'étudiant.

- **Divulgence aux autorités gouvernementales:** Je reconnais que le district scolaire de Beardstown fournira les résultats du test de dépistage de la COVID-19 aux élèves au Service de santé du comté de Cass pour contrôler, prévenir et atténuer la propagation de la COVID-19. Je reconnais en outre que les résultats des tests de l'étudiant et les renseignements connexes peuvent être partagés avec le comté, l'État ou d'autres entités gouvernementales et réglementaires appropriées, comme la loi le permet.
- **Mise en liberté:** Dans la mesure permise par la loi, je libère, et déclare inoffensif le district scolaire de Beardstown, notamment au département de santé du comté de Cass pour tester. Je reconnais avoir lu, compris et accepté les déclarations contenues dans ce formulaire. J'ai été informé du but du nouveau test diagnostique de la pneumonie à la couronne ainsi que des risques et avantages potentiels. En fonction de ma relation avec l'étudiant, j'ai le pouvoir légal de consentir à la gestion de l'examen de l'étudiant.

En outre, je suis d'accord sur les points suivants:

- J'ai signé ce formulaire librement et volontairement, et je suis légalement autorisé à prendre des décisions pour l'enfant nommé ci-dessous.
- Je comprends que ce formulaire de consentement sera valide jusqu'à l'année scolaire 2021-2022, à moins que j'avise par écrit la personne-ressource désignée de l'école de mon enfant que je révoque mon consentement.
- Je comprends que si je suis un étudiant âgé de 18 ans ou plus, ou si je consens légalement à mes propres soins de santé, "Mon enfant" signifie moi, je peux signer ce formulaire en mon propre nom.
- J'accepte de signer ce formulaire par voie électronique, et je comprends qu'en écrivant mon nom ci-haut je suis en train de signer ce formulaire légalement.

Nom de l'étudiant: _____

Date de naissance de l'étudiant: _____

Adresse de l'étudiant: _____

Téléphone de l'étudiant: _____

Nom des parents/tuteurs légaux (écrivez le nom): _____

Signature des parents/tuteurs légaux: _____

Date: _____

Contacts et relations urgents avec les étudiants: _____

Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence: _____

Pouvons-nous laisser un message au contact d'urgence? Oui / Non



Beardstown Community Unit Schools

500 East 15th Street – Board Office p. 217-323-3099
Beardstown, IL 62618 f. 217-323-5190

Provide a challenging and responsive educational environment in a changing community that creates caring, socially responsible, and exemplary students.

Consentimiento para Pruebas de COVID-19 para Menores

Para ser completado por un padre o tutor legal de un estudiante menor de 18 años que busca la prueba de COVID-19 en el Distrito Escolar de Beardstown.

El Distrito escolar de Beardstown proporcionará pruebas rápidas durante el año escolar 2021-2022, Parte del Plan de Regreso a la Escuela es que el Distrito Escolar de Beardstown requiere el consentimiento para realizar las pruebas de COVID-19 para los estudiantes que asisten a la escuela. Las pruebas rápidas de antígeno para COVID-19 serán administradas por empleados escolares con licencia de CLIA. Estas pruebas están diseñadas para devolver los resultados en 15 minutos. El Distrito Escolar de Beardstown implementará el siguiente protocolo de evaluación:

- Se evaluará a cualquier estudiante que presente síntomas de COVID-19 en la escuela.
- Cualquier estudiante que califique para el procedimiento de Test-To-Stay será examinado según los plazos establecidos en ese procedimiento.
- Los padres también pueden traer a la escuela a los estudiantes sintomáticos para que los examinen.

Si su hijo recibe un resultado positivo, lo contactaremos inmediatamente para que lo recoja de la escuela. El distrito recomienda encarecidamente que busque asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de su hijo si tiene preguntas o inquietudes, o si la condición de su hijo empeora.

Como padre/tutor legal de un estudiante de menor edad (“Estudiante”), por la presente doy mi entero consentimiento para que el Estudiante se someta a la prueba de COVID-19 bajo la autorización y supervisión de un médico. Entiendo que se tomara un hisopo nasal del Estudiante y se analizara para detectar el COVID-19 mediante una prueba rápida de antígeno.

- **Riesgos Potenciales:** Reconozco que los riesgos potenciales de la prueba de COVID-19 de mi hijo incluyen la posibilidad de resultados incorrectos debido a falsos positivos y falsos negativos.
- **El Distrito Escolar de Beardstown no es un Proveedor Médico:** Yo entiendo que el Distrito Escolar de Beardstown no actúa como proveedor médico del Estudiante y que esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico del Estudiante.
- **Divulgación a las Autoridades Gubernamentales:** Reconozco que el Distrito Escolar de Beardstown proporcionará los resultados de la prueba de COVID-19 del Estudiante al Departamento de Salud del Condado de Cass para controlar, prevenir y mitigar la propagación del COVID-19. Además, reconozco que los resultados de las pruebas del Estudiante y la información asociada puede compartirse con el condado, el estado u otras entidades gubernamentales y regulatorias correspondientes según lo permita la ley.

- **Liberación:** En la máxima medida permitida por la ley, por la presente libero, descarto y deslindo de toda responsabilidad al Distrito Escolar de Beardstown, incluidos, entre otros, a cualquiera de sus respectivos funcionarios, directores, empleados, representantes y agentes de todas y cada una de las reclamaciones y responsabilidades., y daños de cualquier tipo de naturaleza , que surjan de o en conexión con cualquier acto u omisión relacionado con la prueba de diagnóstico de COVID-19 de mi Estudiante o la divulgación de la prueba de COVID-19 de mi Estudiante al Departamento de Salud del Condado de Cass.

Reconozco que he leído, comprendido y acepto las declaraciones contenidas en este formulario. Se me ha informado sobre el propósito de la prueba de diagnóstico de COVID-19 y los posibles riesgos y beneficios. Tengo la autoridad legal, basada en mi relación con el Estudiante, para dar mi consentimiento para la administración de esta prueba para el Estudiante.

Además, acepto lo siguiente:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del niño mencionado a continuación.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el año escolar 2021-2022, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo que revoco mi consentimiento.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más, o si puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, la referencia a “mi hijo” se refiere a mi y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.
- Doy mi consentimiento para firmar este formulario electrónicamente y entiendo que al escribir mi nombre arriba estoy firmando legalmente este formulario.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento del Estudiante: _____

Dirección del Estudiante: _____

Numero de telefono del Estudiante: _____

Nombre del padre/tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Contacto de emergencia y relación con el Estudiante: _____

Numero de telefono de contacto de emergencia: _____

¿Podemos dejar un mensaje con el contacto de emergencia?

SI / NO