



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 26 305 79 80

www.fr.ch/smc, ChM, 03.09.2021

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Évaluation de la capacité de discernement des adolescent-e-s de 12 à 15 ans pour la vaccination COVID-19 dans le Canton de Fribourg

Discernement : l'adolescent-e doit comprendre les conséquences de la vaccination ou du refus de se faire vacciner.

- J'ai compris les risques et les bénéfices si je me vaccine contre le COVID-19
- J'ai compris les risques et les bénéfices si je ne me vaccine pas contre le COVID-19
- Je désire me faire vacciner contre le COVID-19

Mes parents (ou mon/ma représentant-e légal-e) sont d'accord que je me fasse vacciner contre le COVID-19

- Oui Non

Date et lieu de la vaccination : _____

Signature de l'adolescent-e : _____

Signature du/de la représentant-e légal-e : _____



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Kantonsarztamt KAA

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 26 305 79 80

www.fr.ch/kaa, ChM, 03.09.2021

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einschätzung der Urteilsfähigkeit von 12- bis 15-jährigen Jugendlichen für die COVID-19-Impfung im Kanton Freiburg

Urteilsfähigkeit: Die/der Jugendliche muss die Konsequenzen einer Impfung oder einer Impfverweigerung verstehen.

- Ich verstehe die Risiken und Vorteile einer Impfung gegen COVID-19
- Ich verstehe die Risiken und Vorteile, wenn ich mich nicht gegen COVID-19 impfen lasse
- Ich möchte mich gegen COVID-19 impfen lassen

Meine Eltern (oder sorgeberechtigte Person) sind damit einverstanden,
dass ich mich gegen COVID-19 impfen lasse

- Ja Nein

Datum und Ort der Impfung: _____

Unterschrift Jugendliche/r: _____

Unterschrift sorgeberechtigte Person: _____