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 :

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 sorgenberechtigte 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: