



Nom, Prénom, date de naissance
ou
Etiquette patient

Évaluation de la capacité de discernement des adolescents de 12 à 15 ans pour la vaccination COVID-19 dans le Canton de Vaud

- ☐ 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 sont au courant que je désire me faire vacciner contre le COVID-19

☐ Oui ☐ Non

Mes parents sont d'accord que je me fasse vacciner contre le COVID-19

☐ Oui ☐ Non

Lieu et date de la vaccination : _____

Signature de l'adolescent : _____

Nom du soignant : _____ Signature du soignant : _____