|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEMANDE RELATIVE A LA VACCINATION CONTRE** **LE COVID-19 POUR UN/UNE MINEUR-E INCAPABLE DE DISCERNEMENT ADRESSEE A LA JUSTICE DE PAIX DU** **DISTRICT DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

1. **Coordonnées du/de la mineur-e**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |       |  | Domicile officiel |
| Prénom(s) |       |  |       |
| Date de naissance |       |  | Adresse effective (institution, foyer, autre) |
| N° AVS |       |  |       |

 **Coordonnées du/des parent-s**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |       |  |  | Adresse |
| Prénom(s) |       |  |  |       |
| Autorité parentale | [ ]  oui [ ]  non |  |
|  |  |  |  |  |
| Nom |       |  |  | Adresse |
| Prénom(s) |       |  |  |       |
| Autorité parentale | [ ]  oui [ ]  non |

 **Coordonnées du/de la tuteur-trice du/de la mineur-e**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |       |  | Adresse |
| Prénom(s) |       |  |       |

 **Coordonnées du/de la curateur-trice dans le domaine de la santé**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |       |  | Adresse |
| Prénom(s) |       |  |       |

1. **Capacité de discernement**
2. Le/la mineur-e dispose-t-il/elle d’une capacité de discernement[[1]](#footnote-1) suffisante pour consentir à la vaccination contre le COVID-19 ?

 [ ]  oui [ ]  non [ ]  je ne sais pas

1. Si non, veuillez indiquer quels sont les motifs/diagnostics altérant cette capacité de discernement.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Renseignements médicaux**
2. Coordonnées du/de la pédiatre ou du médecin traitant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |       |  | Adresse |
| Prénom(s) |       |  |       |
| N° de tél./e-mail  |       |  |  |

1. Après avoir pris les renseignements auprès du / de la pédiatre / du médecin traitant, existe-t-il des contre-indications médicales à la vaccination contre le COVID-19 du/de la mineur-e ?

 [ ]  oui [ ]  non

1. Si oui, lesquelles ?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Existe-t-il un motif de considérer que la volonté présumée du/de la mineur-e serait de consentir/ne pas consentir à la vaccination contre le COVID-19 ?

 [ ]  consentir [ ]  ne pas consentir [ ]  je ne sais pas

1. En cas de consentement/non consentement, quel(s) en est(sont) le(s) motif(s) ?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Quels sont les motifs et le but de la présente demande ? Merci de préciser l’avis du/des parent-s et/ou du/de la tuteur-trice, curateur-trice.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. L’institution (externat/internat/lieu de formation) de laquelle le/la mineur-e dépend exige-t-elle une vaccination ?

[ ]  oui [ ]  non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |       |  |  |
| Adresse |       |  |       |

1. **Identité du (de la) demandeur(deresse)**

Les informations qui suivent sont obligatoires. Les demandes ne contenant pas ces renseignements ne seront pas prises en considération.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom  |       |
| Prénom(s) |       |
| Fonction professionnelle  |       |
| Adresse de contact |       |
| Numéro de téléphone  |       |
| Lieu et date  |       |
| Signature du (de la) demandeur(deresse)  |       |

**LE PRESENT FORMULAIRE DOIT ETRE ENVOYE PAR ECRIT A LA JUSTICE DE PAIX DU DOMICILE DU / DE LA MINEUR-E**

1. La loi définit la capacité de discernement comme la faculté d’agir raisonnablement. La personne est apte à apprécier une situation, à considérer différentes démarches et leurs conséquences, à avoir une volonté et à l’exprimer de manière compréhensible. La perte de cette capacité, qui peut être définitive ou provisoire, est qualifiée d’incapacité de discernement. [↑](#footnote-ref-1)