|  |
| --- |
| **MINISTÉRIO DA SAÚDE**    **AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DA COVID PEDIÁTRICA E PARA ADOLESCENTES**  O Programa Municipal de Imunização segue o plano nacional de vacinação para crianças (5 anos a 11 anos) e adolescentes (12 a 17 anos) contra covid -19.  Com intuito de facilitar o acesso a todos estaremos na unidade escolar de seu filho realizando a vacinação na data agendada.  **Importante: a presença dos pais/ responsáveis, caso não possa comparecer poderá encaminhar este termo devidamente assinado junto aos documentos pessoais da criança:**   * **Registro de nascimento ou RG** * **CPF ou cartão SUS e Cartão de vacina.**   **Somente serão vacinadas crianças acompanhadas dos pais/responsáveis ou com esta autorização.**  **Obs: A criança não deve ter recebido nenhuma vacina 15 dias antes e nem poderá receber nenhuma outra 15 dias após receber a vacina contra a covid19.**  EU, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura por extenso do responsável)  Como responsável legal do (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autorizo sua vacinação na escola, contra a covid-19. (Nome completo da criança)  Aparecida de Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. |
| **MINISTÉRIO DA SAÚDE**    **AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DA COVID PEDIÁTRICA E PARA ADOLESCENTES**  O Programa Municipal de Imunização segue o plano nacional de vacinação para crianças (5 anos a 11 anos) e adolescentes (12 a 17 anos) contra covid -19.  Com intuito de facilitar o acesso a todos estaremos na unidade escolar de seu filho realizando a vacinação na data agendada.  **Importante: a presença dos pais/ responsáveis, caso não possa comparecer poderá encaminhar este termo devidamente assinado junto aos documentos pessoais da criança:**   * **Registro de nascimento ou RG** * **CPF ou cartão SUS e Cartão de vacina.**   **Somente serão vacinadas crianças acompanhadas dos pais/responsáveis ou com esta autorização.**  **Obs: A criança não deve ter recebido nenhuma vacina 15 dias antes e nem poderá receber nenhuma outra 15 dias após receber a vacina contra a covid19.**  EU, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura por extenso do responsável)  Como responsável legal do (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autorizo sua vacinação na escola, contra a covid-19. (Nome completo da criança)  Aparecida de Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. |