

SAÚDE NA ESCOLA!



Acesse a
**Carteira de
Vacinação
Digital**

através
do qr code ou
baixe o app!
Faça login com
a conta gov.br e
cadastre seu filho!

Assine um ato de amor: autorize a vacina do seu filho!

Autorize a vacina do seu filho!

Ao preencher a autorização, você dá a ele
o superpoder de crescer protegido contra
doenças que podem atrapalhar seus sonhos.



Vigilância em Saúde | Vigilância Epidemiológica | Núcleo de Imunizações

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO

Eu (nome do pai, mãe ou responsável),

inscrito (a) sob o RG nº

e CPF nº

autorizo meu filho (a)

ser vacinado (a) na escola em que estuda. Estou ciente de que, ao não enviar este Termo,
devidamente preenchido e assinado, à escola até o dia ____/____/____, os
profissionais da saúde **NÃO FARÃO A VACINAÇÃO** na escola.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE:

Na data em que ocorrer a vacinação na
escola, a criança deverá levar a sua
caderneta de vacinação.

Assinatura do Pai, Mãe ou Responsável

Data