

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA VACINAÇÃO DA CRIANÇA

Eu, _____,
grau de parentesco _____, CPF nº _____,
autorizo(a) _____,
a vacinar meu filho (a) _____,
data de nascimento ____/____/_____, idade _____, CPF _____,
a receber a 1ª dose da vacina contra a Covid-19, laboratório Pfizer, específica para
faixa etária de 5 a 11 anos e declaro serem verdadeiras as informações.

Assinatura dos pais: _____

Data: ____/____/____