

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Prezado (a) Sr. (a),

O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19, INFLUENZA e FEBRE AMARELA que acontecerá no dia 14 de junho de 2023 no IFRN/ZN. A campanha de vacinação será realizada pela SMS NATAL-Distrito Norte 2.

Dessa forma, solicitamos o preenchimento do termo abaixo, visando a autorização para vacinação.

No dia da campanha solicita-se que seja apresentado **CPF, cartão de vacina** e que o menor apresente este **termo devidamente preenchido e assinado** pelos pais ou responsável legal.

Eu _____,

inscrito(a) sob RG n _____ **AUTORIZO** o

aluno(a) _____,

matrícula _____, a receber as vacinas abaixo especificadas.

Vacina influenza () Autorizo () Não Autorizo.

Vacina Covid-19 () Autorizo () Não Autorizo.

Vacina febre amarela () Autorizo () Não Autorizo

Nesse espaço registre qualquer alergia que o(a) aluno(a) tenha (medicamentos, alimentos, ovo, etc): _____

_____, _____ de junho de 2023.

Assinatura do responsável legal