

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu (responsável legal) _____ CPF: _____,
residente em: _____ responsável pela criança/adolescente
_____ nascido(a) em ___/___/___, CPF ou CNS
_____ residente no endereço _____,

declaro para os devidos fins que AUTORIZO a sua **vacinação** com o imunobiológicos que estejam em atraso para a idade da criança/adolescente no ambiente escolar e tenha sido avaliada pelo(a) profissional de saúde a possibilidade de coadministração, no caso de necessidade de administração de mais de uma vacina. Na ausência do responsável legal, autorizo que um adulto representante da escola faça a supervisão da vacinação.

Estou ciente de que, ao não enviar este termo devidamente preenchido e assinado à escola até o dia ___/___/___, os profissionais de saúde que realizarão a campanha não poderão vacinar a criança/adolescente e o mesmo ficará sem a devida imunização. **É NECESSÁRIO TRAZER O CARTÃO DE VACINA.**

Assinatura do responsável legal

São Cristóvão, _____ de _____ de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu (responsável legal) _____ CPF: _____,
residente em: _____ responsável pela criança/adolescente
_____ nascido(a) em ___/___/___, CPF ou CNS
_____ residente no endereço _____,

declaro para os devidos fins que AUTORIZO a sua **vacinação** com o imunobiológicos que estejam em atraso para a idade da criança/adolescente no ambiente escolar e tenha sido avaliada pelo(a) profissional de saúde a possibilidade de coadministração, no caso de necessidade de administração de mais de uma vacina. Na ausência do responsável legal, autorizo que um adulto representante da escola faça a supervisão da vacinação.

Estou ciente de que, ao não enviar este termo devidamente preenchido e assinado à escola até o dia ___/___/___, os profissionais de saúde que realizarão a campanha não poderão vacinar a criança/adolescente e o mesmo ficará sem a devida imunização. **É NECESSÁRIO TRAZER O CARTÃO DE VACINA.**

Assinatura do responsável legal

São Cristóvão, _____ de _____ de 2023

