

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS DE IDADE CONTRA A COVID-19

Eu _____
portador (a) do CPF _____ e RG _____ autorizo que a
Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Três Lagoas - MS realize a vacinação contra a
covid-19 de _____
que é portador (a) do CPF _____ e tem _____ anos de idade.

Qual o seu vínculo com a criança?

() Pai | () Mãe | () Responsável Legal

Assinatura do Pai/Mãe ou Responsável