

VACUNATE

Ganamos todas, ganamos todos

Nº de Escuela:
Nombre de la Escuela:
Departamento:

AUTORIZACIÓN

Yo,.....
....., C.I.....,
referente y responsable del/ la estudiante.....
C.I....., autorizo se le aplique las vacunas correspondientes
a 6to año escolar en la institución educativa.

HPV 1º dosis _____
2º dosis _____

En caso de no autorizar la vacunación, nos interesaría conocer el motivo

.....
.....
.....
.....

Firma:

Aclaración:

Fecha:

DpaT

En caso de no autorizar la vacunación, nos interesaría conocer el motivo

.....
.....
.....
.....

Firma:

Aclaración:

Fecha: