

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, responsável pelo
aluno _____, série/ sala _____,

autorizo que lhe seja ministrada dose individual da vacina contra a gripe.

Declaro estar ciente de que a vacina é aplicação, **contra-indicada para indivíduos que apresentam hipersensibilidade a ovo** e que algumas reações podem ocorrer no período de 6 e 48 horas após a aplicação, tais como: febre, dores musculares e/ou indisposição. Estou ciente de que, embora não previna em 100% a doença, a vacina pode reduzir o risco de sérias complicações advindas dessa enfermidade.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2018

Assinatura Responsável

CPF Responsável

ATENÇÃO: Somente serão vacinados os alunos que apresentarem a autorização assinada