



TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO NA ESCOLA

DECLARAÇÃO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA MENORES DE 18 ANOS

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 - CAMPINAS/SP

Eu, _____,

CPF _____, RG _____, Telefone () _____,

declaro que **não autorizo** _____,

nascido em: ____/____/____ ser imunizado (a) com a vacina contra covid-19, a ser administrada pela equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em ação programada na escola. Declaro ainda que estou ciente das desvantagens, riscos e consequências desta minha recusa.

Grau de parentesco do declarante com o estudante não autorizado a receber a vacina (quem assina esta declaração):

() pai () mãe () responsável _____
(Vínculo/grau de parentesco)

Campinas, ____/____/____

Assinatura do Declarante

