

Autorización vacunación contra Covid - 19 .

Nombre del establecimiento educacional _____

Información del alumno

Nombre alumno:

Rut: _____

Edad: _____

Nombre Apoderado/Tutor:

Rut: _____

Firma: _____

Teléfono de contacto: _____

Declaro que he leído la información contenida en el presente documento y autorizo la administración de la vacuna CoronaVac a mi hijo o pupilo:

SI _____

NO _____