

CERTIFICADO DE VACINAÇÃO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O CARTÃO DE VACINA DE:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

NOME DA MÃE: _____

- () **Completo**, com Cartão de vacinação atualizado para idade;
- () **Incompleto**, responsável orientado a completar o esquema vacinal;
- () **Incompleto**, responsável recusa a vacinação.

Assinatura do responsável

Profissional da Sala de vacina

Trindade _____ de _____ de 20 _____



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



modelo distribuído pela Escola Fênix gratuitamente