TERMO DE CONSENTIMENTO DE VACINAÇÃO

Eu (nome do(da) responsável), _____,
inscrito (a) sob RG ou CPF n°_____
( ) SIM ( ) NÃO AUTORIZO meu (minha) filho (filha) (Nome da (o) estudante) _____ RG ou CPF n°_____, aluno do curso _____ do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) Campus Camaçari, a participar da ação de vacinação prevista para ocorrer dia 07/04/2025, das 08h às 17h. Esta ação tem como objetivo oportunizar a vacinação no que tange às vacinas abaixo conforme calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização). Selecione abaixo a vacina que você autoriza:

( ) dT (Difteria e Tétano) ( ) HPV

_____

Assinatura da mãe ou do pai ou do responsável

Obs.: O aluno **deverá levar a sua caderneta de vacinação, documento de identificação e/ou cartão SUS** (caso possua).