



AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Eu _____ (nome completo do pai/mãe ou responsável legal) inscrito sob o CPF nº _____, ciente de possíveis efeitos colaterais, autorizo o menor _____ (nome completo do menor a receber a vacina), inscrito sob o CPF nº _____, a **receber a vacina contra Covid-19 no município de Sarandi-PR.**

Sarandi-PR, ___/___/_____.

Assinatura do responsável legal