

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADA

Nome da Escola:

Ano/Turma:

Nome do aluno:

Data de nascimento:

___/___/___

Data da atualização:

Data de retorno (próxima vacina):

___/___/___

___/___/___

Nome do Serviço (público/privado):

CNES:

Assinatura e carimbo do vacinador:



De Olho na
carteirinha



COVISA
COORDENADORIA DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EDUCAÇÃO
SAÚDE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**



Para mais informações:



prefeitura.sp.gov.br/deolhonacarteirinha

