



Secretaria de **SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Eu _____ portador do R.G.

_____ autorizo Sr.o (a) _____

_____ portador do R.G. _____

acompanhar o (a) adolescente _____

portador do R.G. _____ na Vacinação Contra o Coronavírus.

Limeira, _____ de _____ de 2021.

Assinatura com
reconhecimento de firma

***Apresentar cópia de todos R.G.s*