

AUTORIZAÇÃO

Eu,	, responsável pelo(a)
menor	, autorizo que ele(a)
tome a vacina contra infecção pel de 2019.	o vírus Influenza no Colégio Equipe no dia 11 de abril
Seguem, junto com esta au	torização:
Caderneta de vacinaçã	ăo
R\$ 80,00 em dinheiro	
Assinatura:	