



AUTORIZACION VACUNACION SARS – COV-2

Información del alumno

Nombre alumno

Rut _____ :

—

Edad _____ :

Nombre Apoderado/Tutor _____ :

Rut _____ :

— Firma _____ :

Teléfono de contacto _____ :

Declaro que he leído la información contenida en el presente documento y autorizo la administración de la vacuna CoronaVac a mi hijo o pupilo:

SI _____ NO _____