



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 _____