**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**Autorização para aplicação de vacinas da rotina para crianças de 09 a 11 anos**

Eu responsável por , cartão SUS / CPF , estudante da Escola , autorizo a receber as seguintes vacinas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ciente da importância da imunização para proteção de sua saúde.

*Após a vacinação a criança pode ter alguns sintomas* ***leves e de curta duração como dor de cabeça, febre, cansaço, dor no local e calafrios****. Caso estes sintomas aumentem ou permaneçam, procure sua unidade de saúde.*

Assinatura do Responsável Porto Alegre / /

*Em caso de dúvidas, entre em contato com a sua unidade de saúde.*

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**Autorização para aplicação da vacina de GRIPE para crianças de 09 a 11 anos**

Eu responsável por , cartão SUS / CPF , estudante da Escola , autorizo a receber a vacina contra a Gripe, ciente da importância da imunização para proteção de sua saúde.

*Após a vacina da gripe a criança pode ter alguns sintomas* ***leves e de curta duração como dor de cabeça, febre, cansaço, dor no local e calafrios****. Caso estes sintomas aumentem ou permaneçam, procure sua unidade de saúde.*

Assinatura do Responsável Porto Alegre / /

*Em caso de dúvidas, entre em contato com a sua unidade de saúde.*