AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2
(INFORMACIÓN OBLIGATORIA)

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_____