

MODELO DE DECLARAÇÃO

Declaração de Condições de Saúde para Vacinação Contra COVID-19

Eu, _____, portador do

CPF: _____, com data de nascimento ____/____/____, com endereço:

responsável pelo menor (nome da criança/adolescente) _____

CPF: _____ telefone _____ DN: ____/____/____,

Declaro que a criança/adolescente apresenta (escrever a condição de saúde) apresentando alto risco de quadro clínico grave da COVID-19, sendo justificada a sua priorização entre as mesmas pessoas da sua faixa etária. Declaro que estou ciente que os cuidados para minimizar a contaminação devem ser mantidos, tais como usar máscara cobrindo a boca e o nariz, lavar as mãos e evitar locais com muitas pessoas. Da mesma forma, declaro que fui informada que a vacina pode causar eventos adversos pós-vacinais – sendo o mais comum dor no local da aplicação. Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)