

Declaração de Conformidade com Calendário Vacinal do Programa Nacional de Imunizações*

Informamos que as vacinas de rotina de:

(nome completo da criança/adolescente), cuja data de nascimento é ____/____/____, filho(a) de _____ (nome completo da responsável legal) está:

() Atualizado até: ____/____/____ (aprazamento da próxima dose)**

() **NÃO** atualizado - Responsável recusa vacinação

Data do documento: ____/____/____

_____ Assinatura e carimbo***

*Modelo de Declaração utilizado pela rede pública de saúde do município de Goiânia. Modelos diferentes podem ser aceitos pela instituição de educação, desde que mantenham a essência das informações citadas acima.

**Escolares que tem indicação de adiamento temporário de vacinação (doenças agudas, tratamentos imunossupressores) considerar o cartão atualizado e indicar no campo aprazamento a previsão em que estiver apto à vacinação.

***Profissionais que podem assinar essa declaração: Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

Obs.: A dispensa da obrigatoriedade dessa declaração somente será aceita mediante apresentação de laudo médico atestando a contra-indicação explícita da aplicação da vacina correspondente.

Declaração de Conformidade com Calendário Vacinal do Programa Nacional de Imunizações*

Informamos que as vacinas de rotina de:

(nome completo da criança/adolescente), cuja data de nascimento é ____/____/____, filho(a) de _____ (nome completo da responsável legal) está:

() Atualizado até: ____/____/____ (aprazamento da próxima dose)**

() **NÃO** atualizado - Responsável recusa vacinação

Data do documento: ____/____/____

_____ Assinatura e carimbo***

*Modelo de Declaração utilizado pela rede pública de saúde do município de Goiânia. Modelos diferentes podem ser aceitos pela instituição de educação, desde que mantenham a essência das informações citadas acima.

**Escolares que tem indicação de adiamento temporário de vacinação (doenças agudas, tratamentos imunossupressores) considerar o cartão atualizado e indicar no campo aprazamento a previsão em que estiver apto à vacinação.

***Profissionais que podem assinar essa declaração: Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

Obs.: A dispensa da obrigatoriedade dessa declaração somente será aceita mediante apresentação de laudo médico atestando a contra-indicação explícita da aplicação da vacina correspondente.