

AUTORIZACION VACUNA SARS-COV2

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 _____