



Prefeitura do Município de Bragança Paulista
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças

NOME DA ESCOLA: _____

NOME DA CRIANÇA: _____

Data de Nascimento: _____

NOME DA MÃE: _____

A CRIANÇA JÁ TEVE COVID ESTE ANO?

() SIM QUAL A DATA DO TESTE? _____

() NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA, QUE MORA NA MESMA CASA DA CRIANÇA, TEVE COVID ESTE ANO?

() SIM QUAL A DATA DO TESTE? _____

() NÃO

A CRIANÇA TOMOU ALGUMA VACINA A MENOS DE 15 DIAS?

() SIM QUAL VACINA E QUAL A DATA? _____

() NÃO

OBS: SOMENTE SERÁ FEITA PRIMEIRA DOSE (CRIANÇAS AINDA NÃO VACINADAS) O TERMO DE ASSENTIMENTO DEVE SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDO COM TODOS OS DADOS E ASSINADO SOMENTE PARA AS CRIANÇAS QUE OS PAIS OU RESPONSÁVEIS AUTORIZEM A ADMINISTRAÇÃO DA VACINA NA ESCOLA)

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO _____