



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

DECLARAÇÃO DOS PAIS E RESPONSÁVEIS

Eu, _____, inscrito sob o
CPF _____ e sob minha responsabilidade O (A) menor
_____,
nascido em ___/___/_____, autorizo sua vacinação, para COVID 19, com o
IMUNIZANTE DA PFIZER.

Ponta Grossa, de _____ de 2021.

Assinatura do Pai

Assinatura da Mãe

Assinatura do(a) Responsável