



Colégio Bom Conselho

## AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DA GRIPE 2019

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) aluno (a) \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_, autorizo a aplicação da Vacina da Gripe 2019 nos dias em que a empresa MDC VACINAS estará fazendo a campanha no colégio.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de abril de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Responsável



MDC VACINAS MDC VACINAS

Av. Soledade, 569 – Térreo do Mãe de Deus Center | 51 3378.9802

www.mdcvacinas.com.br | [atendimento@mdcvacinas.com.br](mailto:atendimento@mdcvacinas.com.br)