

¿Qué establecimiento es el responsable de la vacunación?

CESFAM SAN PEDRO

Información del alumno:

NOMBRE ALUMNO	
RUT	
EDAD	
NOMBRE APODERADO	
RUT APODERADO	
TELEFONO	
FIRMA	

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 _____