

Estimados padres o tutores:

Dentro de las actividades del Programa Salud Escolar, y según se establece en el calendario de vacunaciones de Andalucía, el **25/05/22** se va a proceder a la **VACUNACIÓN** en el centro al que acude su hijo/a.

Para facilitar el conocimiento del estado vacunal de su hijo/a, rogamos rellenen los datos que le solicitamos en este impreso, y entreguen lo antes posible **FOTOCOPIA DEL CARNET DE VACUNACIONES** junto a esta autorización. En caso de detectar que a su hijo/a le falta alguna otra dosis de vacuna aparte de las anteriores, se le administrará también.

Le recordamos que es necesaria su **AUTORIZACIÓN** por escrito para poder vacunar a su hijo/a en el Centro Docente.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

Responsable del Programa de Salud Escolar del  
Centro de Salud Ciudad Jardín

**DATOS DEL ALUMNO/ALUMNA:**

Apellidos:.....Nombre:.....

Curso:.....Dirección:.....Teléfono: .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

**AUTORIZO A VACUNAR A MI HIJO/A:**

(Poner una cruz donde corresponda)

**SI AUTORIZO**

\*\*\*\*\*  
**NO AUTORIZO**

Especifique motivo.....

\*\*\*\*\*  
Firmado por D/Dª.....

En..... a..... de..... del 2022

**OBSERVACIONES:**

1.- Mi hijo es alérgico a: .....

2.- Otras anomalías que presenta mi hijo/a y me parece oportuno señalar:

.....