

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL POR PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Unidade:	
Nome (responsável):	
CPF (responsável):	
Nome da criança:	
Data de nascimento:	
CPF/CNS:	DNV:

Declaro para fins de vacinação contra a covid-19 ser responsável pela criança (faixa etária de 5 a 11 anos) supracitada com deficiência:

- Auditiva
- Intelectual
- Visual
- Múltiplas deficiências
- Física
- Mental
- Transtorno do espectro do autismo

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

Assinatura/digital do responsável

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL POR PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Unidade:	
Nome (responsável):	
CPF (responsável):	
Nome da criança:	
Data de nascimento:	
CPF/CNS:	DNV:

Declaro para fins de vacinação contra a covid-19 ser responsável pela criança (faixa etária de 5 a 11 anos) supracitada com deficiência:

- Auditiva
- Intelectual
- Visual
- Múltiplas deficiências
- Física
- Mental
- Transtorno do espectro do autismo

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

Assinatura/digital do responsável