



CONSENTIMIENTO VACUNACIÓN ALUMNOS 8° BASICO

Yo, _____ RUT: _____,

apoderado del alumno _____

RUT: _____ del curso 8° Básico __, con fecha __/__/_____ autorizo a

mi pupilo a inocularse de forma simultánea con la **vacuna dTpa** correspondiente a la Estrategia de Vacunación Escolar Nacional 2021 y la **vacuna Pfizer** correspondiente al Calendario de Vacunación contra SARS-CoV-2, las cuales serán administradas en nuestro Establecimiento Educacional por Profesionales del CESFAM Rosita Renard, con la finalidad de prevenir el riesgo de contagio de enfermedades.

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO