



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais  
Campus Sabará

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DE VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA (GRIPE)

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável): \_\_\_\_\_

inscrito(a) sob RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito (a) sob CPF nº \_\_\_\_\_,

AUTORIZO meu(minha) filho(a) \_\_\_\_\_

nascido em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_

a receber a vacina contra Influenza (gripe) conforme as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Estou ciente de que, ao assinar este termo, devidamente preenchido, os profissionais de saúde que farão a aplicação poderão administrar o imunizante em meu (minha) filho(a), com a respectiva comprovação de sua identidade e cartão de vacina.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai ou Responsável

Sabará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.