



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.