EXEMPLO DE FORMULÁRIO: MODIFICAR PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DA ESCOLA/COMUNIDADE

**Cancelamento de Autorização para Vacina**

***Cancelamento de Autorização para Vacina contra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Prezado(a) XXXX (Nome do(a) enfermeiro(a)/funcionário)**

**Eu cancelo minha autorização anterior para a vacina contra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a ser**

**administrada no(a) meu filho/minha filha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 **(Nome)**

**Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Pai ou Mãe / Representante Legal)**

**A ser preenchido pelo administrador da clínica:**

**Favor devolver até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_