

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADA

2023

Nome da Escola:	Ano/Turma:
Nome do aluno:	Data de nascimento: ___/___/___
Data da atualização: ___/___/___	Data de retorno (próxima vacina): ___/___/___
Nome do Serviço (público/privado):	CNES:
Assinatura e carimbo do vacinador:	



De Olho na
carteirinha



COVISA
COORDENADORIA DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EDUCAÇÃO
SAÚDE



CIDADE DE
SÃO PAULO



Para mais informações:



prefeitura.sp.gov.br/deolhonacarteirinha

