

CERTIFICADO DE VACINAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o cartão de vacina de:

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____

- Completo, com cartão de vacinação atualizado para a idade
- Incompleto, responsável orientado a completar o esquema vacinal
- Incompleto, responsável recusa a vacinação



Assinatura do responsável

Profissional da sala de vacina

Data: _____



**ESTADO
DE GOIÁS**