

MUESTRA DEL FORMULARIO: MODIFIQUE PARA ADAPTAR A LAS
NECESIDADES DE LA ESCUELA/COMUNIDAD

Anulación del permiso de vacunación

Anulación del permiso de vacunación _____

Estimado(a) xxxx [nombre del (de la) enfermero(a)/funcionario(a)]:

Anulo mi permiso anterior para la vacuna _____ que se
administrará a mi hijo(a) _____.
(Nombre)

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre/Madre/Representante legal)

Para ser completado por el administrador clínico:

Devolver antes del _____ a: _____

