

PREPARATORIA OFICIAL NO. 23

AUTORIZACIÓN

Fecha _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES: Se les informa que el **11 de Abril** del año en curso, se llevará a cabo una jornada de **vacunación contra el Virus de la Influenza**, dicha vacunación será proporcionada por el sector Salud a los alumnos (as) de la Institución Escolar, con la finalidad de prevenir la infección. Por tal motivo, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna a su hijo. SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA A SU HIJO (A), FAVOR DE COMPLETAR LOS DATOS SIGUIENTES:

NOMBRE DEL ALUMNO _____

GRADO Y GRUPO ESCOLAR _____

NOMBRE DEL TUTOR _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____

SI ACEPTO

NO ACEPTO

FIRMA _____

* En caso de aceptar, por favor presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada