



DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE CARTÃO DE VACINAS

39

Muriaé, _____, de _____, de _____

A E.S.F. _____, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de

Muriaé, declara sob as penas da lei que, a criança/adolescente:

Nome: _____ Nascido em: _____

Filho (a) de _____ e _____

Endereço: _____ Microárea: _____ Nº da Família: _____, encontra-

se com o cartão vacinal **ATUALIZADO** até a presente data.

Enfermeiro/Carimbo