



## NOTIFICACIÓN VACUNAS

Yo, \_\_\_\_\_

apoderado/tutor de \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

del curso \_\_\_\_\_

**No autorizo** la administración de la Vacuna debido a:

\_\_\_\_\_ Alergia

\_\_\_\_\_ Razones Médicas

\_\_\_\_\_ Ya recibió la vacuna de manera particular.

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma