

## 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**