



INSTITUTO FEDERAL

Ceará

Campus Canindé

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável):

inscrito(a) _____ sob _____ RG

nº _____,

AUTORIZO meu(minha) filho(a) (nome do
estudante): _____

a receber a vacina contra Influenza, conforme as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Estou ciente de que, ao assinar este termo, devidamente preenchido, os profissionais de saúde que farão a aplicação poderão administrar o imunizante em meu (minha) filho(a), com a respectiva comprovação de sua identidade.

Assinatura do pai, da mãe ou do responsável.

Canindé, _____ de _____ de 2026.