|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autorización Vacunación Escolar 2022**  Estimados padres y apoderados se indica que durante los días lunes 26, martes 27 y miércoles 28 de septiembre se llevará a cabo la vacunación escolar en nuestro colegio durante la jornada escolar, por lo que usted deberá marcar con una X si acepta o rechaza que la estudiante sea vacunada:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **NIVEL ESCOLAR** | **VACUNA** | **PROTECCIÓN** | | **1° AÑO BÁSICO** | dTp (acelular) | Difteria, Tétanos y Tos convulsiva | | **4° AÑO BÁSICO** | VPH (primera dosis) | Infecciones por Virus Papiloma Humano | | **5° AÑO BÁSICO** | VPH (segunda dosis) | Infecciones por Virus Papiloma Humano | | **8° AÑO BÁSICO** | dTp (acelular) | Difteria, Tétanos y Tos convulsiva |   Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Run\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apoderado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Run\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autorizo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No autorizo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autorización Vacunación Escolar 2022**  Estimados padres y apoderados se indica que durante los días lunes 26, martes 27 y miércoles 28 de septiembre se llevará a cabo la vacunación escolar en nuestro colegio durante la jornada escolar, por lo que usted deberá marcar con una X si acepta o rechaza que la estudiante sea vacunada:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **NIVEL ESCOLAR** | **VACUNA** | **PROTECCIÓN** | | **1° AÑO BÁSICO** | dTp (acelular) | Difteria, Tétanos y Tos convulsiva | | **4° AÑO BÁSICO** | VPH (primera dosis) | Infecciones por Virus Papiloma Humano | | **5° AÑO BÁSICO** | VPH (segunda dosis) | Infecciones por Virus Papiloma Humano | | **8° AÑO BÁSICO** | dTp (acelular) | Difteria, Tétanos y Tos convulsiva |   Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Run\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apoderado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Run\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autorizo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No autorizo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |