



---

## AUTORIZACIÓN

(Solo para quienes no recibieron la 1ra. Dosis en el Colegio)

### Información Sobre Estudiante

<b>Nombre del / la estudiante</b>	
<b>Rut</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Nombre Apoderado</b>	
<b>Rut</b>	
<b>Teléfono Contacto</b>	

Declaro que he leído la información contenida en el presente documento.

SI \_\_\_\_\_

Autorizo la administración de 2da. Dosis vacuna CoronaVac a mi hijo – hija:

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Santiago,

Octubre 2021