

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADA

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

2026

Nome da escola:

Ano/Turma:

Nome do aluno:

Data de nascimento:

____/____/____

Data da atualização:

____/____/____

Data de retorno
(próxima vacina):

____/____/____

Nome do serviço (público/privado):

CNES:

Assinatura e carimbo do vacinador:





**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

Para mais informações:
prefeitura.sp.gov.br/deolhonacarteirinha



**Para acessar aponte a
câmera do seu celular
para o QR Code.**

