

Smiles By Rosie Family Dentistry

6 Kensington Ave • Somerville, MA 02145 • (617) 623-2100

office@smilesbyrosie.com • **MA Vaccine Site 61510**

Consentimento de Vacinação, Lista de Verificação e Documentação para a temporada 2024-2025

Eu afirmo que sou o responsável legal por:

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento do Aluno: _____

Telefone para contato com o responsável: _____

Eu gostaria que meu filho recebesse vacinas para: Gripe COVID-19 (Moderna)

Eu confirmo que o meu filho não tem uma reação alérgica grave a nenhum componente da vacina, não recebeu uma vacina contra gripe ou covid de 2024_2025, não recebeu outra vacina nas últimas 8 semanas, não está doente hoje, não tem síndrome de Guillain-Barré ou MIS-C ou MIS-A, ou teve miocardite dentro de 3 semanas após receber uma vacina contra covid. **Se alguma dessas opções se aplicar ao seu filho, ligue ou envie uma mensagem de texto para (413) 329-8756.**

Nome impresso dos pais: _____ Assinatura dos pais: _____



Ficha informativa sobre a vacina contra a gripe

Ficha informativa sobre a vacina contra a COVID-19

*****Abaixo e para uso somente na escola*****

Vaccines administered and lot numbers: _____

Date of administration: _____

Site: Deltoid

Vaccinator: Katie-Rose Wagner, site number 61510 - **Vaccine will be entered into MIIS**