**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MENORES DE 18 ANOS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizo o (a) aluno (a) regularmente matriculado (a) no IFPB/Campus João Pessoa a tomar as Vacinas Tríplice Viral, Hepatite B, dT, HPV (para menores de 15 anos) e H1N1, de acordo com o que preconiza o Calendário Nacional de Vacinação. Essas vacinas serão administradas das 9:30 às 13:00 horas no Auditório I - José Marques do IFPB / Campus João Pessoa pelo Centro de Imunização do Município, por ocasião do Dia D de Saúde no Campus JP, a ser realizado em 19 de setembro do corrente ano.

**OBS.: Não esquecer de trazer o Cartão de Vacinação para que seja verificada a situação vacinal.**

João Pessoa, \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Pai, Mãe ou Responsável