



União das Freguesias

Crato e Mártires, Flor da Rosa e Vale do Peso

Requerimento

Apoio à Vacinação Infantil

Ex^a Senhora Presidente
Presidente da União das Freguesias de
Crato e Mártires, Flor da Rosa e Vale do Peso

Encarregado de Educação Nome _____

Morada _____

Código Posta _____ / _____

Telemóvel _____

B.I /C.C. Nº _____ NIF Nº _____

Nome da Criança _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____

Inscrita no Centro de Saúde / Nº de utente SNS _____

B.I /C.C. Nº _____ NIF Nº _____

Vem Requerer a Vossa Ex^a, ao abrigo do Regulamento de Vacinação da União das Freguesias,

Apoio à Vacinação Infantil

Para o efeito, se anexa os seguintes elementos necessários para análise:

- Boletim de Vacinas;
- Certidão de Nascimento ou documento comprovativo do Registo da Criança;
- Cópia da prescrição médica da vacina a compartilhar e recibo comprovativo da Vacina na farmácia da área de residência.

Pede Deferimento
