

	<h2>VACUNACIÓ COVID-19 EN POBLACIÓ INFANTIL DE 5 A 11 ANYS</h2>	Data: 01/02/2022 Substitueix a 09/12/2021
---	---	--

AUTORITZACIÓ PER A LA VACUNACIÓ CONTRA LA COVID 19 EN L'ÀMBIT EDUCATIU

Sr./Sra.(*), _____,
 amb DNI _____, com a mare/pare/ tutor o representant legal del Sr. / de la Sra.
 _____, amb núm. de SIP
 _____, i data de naixement ___/___/___ (dia/ mes /any).

Després d'haver llegit el full informatiu:

Autoritze que se li administre la vacuna contra la COVID 19.

No autoritze que se li administre la vacuna contra la COVID 19.

Poden ser motius de no autorització: reaccions al·lèrgiques greus o immediata a dosis prèvies de vacunes o algun dels seus components (contraindicació absoluta); haver passat la COVID (amb símptomes o sense en les últimes 8 setmanes); patir alguna malaltia aguda moderada o greu o febra de més de 38°; haver tingut una reacció al·lèrgica a altres vacunes o tractaments injectables; estar rebent tractament contra la COVID-19; estar rebent tractament crònic amb anticoagulants o el rebuig a la vacunació.

En cas d'haver passat la malaltia recorde que:

Si la infecció ocorre abans de l'administració de la vacunació, s'administrarà una sola dosi de vacuna a partir de les 8 setmanes després del diagnòstic de la infecció.

Si la infecció es diagnostica després d'haver administrat la primera dosi, s'administrarà la segona dosi a partir de les 8 setmanes després del diagnòstic de la infecció.

Si no és possible vacunar-se en aquesta ocasió, s'habilitarà el procediment per a vacunar-se en un centre de vacunació.

Data: ___/___/___

Signatura*:

Signatura*:

(*) En les situacions de separació, divorci, nul·litat, ruptura de parelles i situacions anàlogues l'autorització haurà d'estar signada per les dues persones progenitores.

Aquesta autorització és revocable per la mateixa via per la qual s'autoritza.