**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DO CARTÃO DE VACINA**

Declaro que o menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apresentou-se nesta unidade de saúde acompanhado pelos responsáveis e encontra-se com o cartão de vacina atualizado conforme calendário atual.

Colorado do Oeste, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem

OBS: carimbo e assinatura com número do COREN