



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde
Divisão de Vigilância em Saúde
Vigilância Epidemiológica/Imunização
Comitê Imunização COVID 19

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO/ ESTUDANTES TEMPORÁRIOS

(NOME DA INSTITUIÇÃO ESCOLAR)

.....
CNPJ N°localizada
à, nº....., bairro por seu
representante legal abaixo assinado DECLARA para fins de vacinação
COVID 19 que o (a) Sr. (a).....,
nascido (a) em/...../..... é aluno (a) regularmente matriculado (a) nessa
instituição no curso de, desde a data de/...../..... .

São José dos Campos/...../.....

**(Nome completo, função do representante da escola e carimbo da
instituição)**

**OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO ATESTADO DE MATRÍCULA A
ESTA DECLARAÇÃO.**