

ANEXO II

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

TURMA: _____

	NOME DO ALUNO	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	CPF OU N° DO CARTÃO SUS	ESQUEMA VACINAL PNI COMPLETO (SIM/NÃO)	NO MÍNIMO UMA DOSE CONTRA A COVID-19 (SIM/NÃO)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						