

ANEXO II

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

TURMA: _____

	NOME DO ALUNO	SEXO FEMININO/ MASCULINO	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.							