



Fecha: \_\_\_\_\_

Por este conducto AUTORIZO la aplicación de la VACUNA contra la Influenza Estacional a mi hij@:

\_\_\_\_\_ del grupo \_\_\_\_\_

que ofrecerá la Secretaria de Salud dentro de las Instalaciones del Colegio Internacional de México.

\_\_\_\_\_  
**Nombre Madre/Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma**