



El alumno/a _____

con fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

del centro escolar _____ y curso _____

Debido a que **no ha podido vacunarse en su centro escolar**, puede **acudir a su Centro de salud** correspondiente, previa cita con su enfermera, **para que le sea administrada la vacuna** que le **corresponde** según el **Calendario Oficial de Inmunización a lo largo de toda la vida de La Rioja**.

Se ruega que acuda con la cartilla de vacunación.

La vacuna a administrar será:

☐ Tétanos, Difteria, Tosferina y Polio

☐ Meningitis ACWY

☐ VPH

☐ Tétanos difteria tipo adulto

☐ Otras:

Gracias por su colaboración

En _____, a ____ de _____ de 20____.

Firma:
