

ANEXO I: CARTA AOS PAIS

VERIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL E VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Senhores Pais, ou responsáveis,

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), vem ampliando ao longo dos anos o Calendário Nacional de Vacinação para a criança e adolescente.

O PNI contribuiu de forma significativa para a melhoria da situação de saúde da população brasileira. As vacinas salvam vidas. Doenças que causavam milhares de vítimas no passado como varíola e poliomielite, foram erradicadas. Todas as vacinas ofertadas pelo PNI são seguras e eficazes na prevenção das doenças. E também, são gratuitas e estão disponíveis nas Unidades de Atenção Primária à Saúde durante todo o ano. Atualmente, são oferecidas pelo SUS através do PNI, **15 vacinas para as crianças** desde o nascimento aos 09 anos de idade - BCG, Hepatite B, Rotavírus humano, Poliomielite (VIP), Pentavalente, Pneumocócica, Meningocócica, Febre Amarela, Tetraviral, Tríplice viral, Varicela, Tríplice Bacteriana, Hepatite A, Influenza (campanha), **que protegem para mais de 20 tipos de Doenças**. Incorporação das vacinas COVID-19 no Calendário Nacional de Vacinação Infantil, para crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade, a partir de 01 de janeiro de 2024. (NOTA TÉCNICA Nº 118/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS).

E para as **crianças e os adolescentes de 10 a 17 anos são disponibilizadas 06 vacinas** - Hepatite B, Dupla Adulto, Tríplice Viral, Febre Amarela, Papilomavírus humano (HPV) e Meningocócica ACWY, **que protegem para mais de 09 tipos de Doenças**.

Assim, mais uma vez a comunidade escolar vem relembrar aos senhores pais e responsáveis, quanto a importância desse bem que é individual, mas também é coletivo; uma criança ou adolescente estará mais seguro e imune quanto mais crianças e adolescentes estiverem vacinados.

Todas as crianças e adolescentes que não tiverem contraindicações médicas para receber as vacinas, devem enviar seu cartão vacinal para ser avaliado e atualizado, colocando em dia as vacinas que estiverem faltando ou em atraso. Será avaliado todo o cartão de vacinação do seu (sua) filho (a).

Certos de podermos contar com a atenção e compromisso dos senhores, estamos abrindo as portas da nossa escola com muita satisfação para receber seus (suas) filhos (as).

**NÃO SE ESQUEÇAM DE ENTREGAR AO SEU (SUA) FILHO (A) O
CARTÃO DE VACINA PARA QUE POSSAM LEVAR NO DIA DA
VACINAÇÃO NA ESCOLA.**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

_____, RG: _____,

() AUTORIZO

() NÃO AUTORIZO

Meu filho (a) _____ a
receberá vacinas que estiverem em atraso na escola em que estuda.

(Assinatura dos Pais ou Responsável)

O Termo de autorização acima deverá ser assinado pelos Pais ou Responsáveis e devolvido à escola antes da data da vacinação juntamente com o cartão de vacinação.