

Parental Consent Form

Must be completed and signed by a parent/guardian for any student under the age of 18

Pfizer Vaccine is available for ages 12 and up.

Name _____ Date of Birth ___/___/___ Age _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Are you (your student) 12 years or older? Yes No

Are you (your student) feeling well today? Yes No

Have you (your student) been exposed to COVID-19 in the last 14 days? Yes No

I give permission for the above minor to receive the Pfizer COVID-19 vaccine.

Parent/Legal Guardian signature _____ Date ___/___/___

Printed Parent/Legal Guardian name _____ Phone(____) _____

Forma de autorización de la madre o del padre de familia o tutor(a)

Debe ser completado y firmado por la madre o el padre de familia o tutor(a) de cualquier estudiante menor de 18 años.

La vacuna Pfizer se encuentra disponible para personas mayores de 12 años.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Edad _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

¿Es su hija o hijo mayor de 12 años? Sí No

¿Su hija o hijo se siente bien hoy? Sí No

¿Su hija o hijo ha estado(o) expuesto(a) al virus COVID-19 en los últimos 14 días? Sí No

Doy mi autorización para que la o el menor mencionada(o) arriba reciba la vacuna Pfizer de COVID-19.

Firma de la madre, del padre de familia o tutor(a) legal _____

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre de la madre, del padre o tutor(a) legal (*Escriba con letra de molde*) _____

Teléfono (____) _____