



Bogotá D.C., 21 de marzo del 2023

Circular N°17

Señores  
**PADRES DE FAMILIA**  
Estudiantes de Jardín a Undécimo

Asunto: Jornada de Vacunación

Padres de Familia, reciban un cordial y fraternal saludo en nuestro padre San Agustín, deseándoles éxitos en sus labores.

Una de las maneras más efectivas de mantener a sus hijos sanos es a través de las vacunas; su función es prevenir enfermedades que puedan llegar a ser peligrosas protegiendo su salud, la de su familia y la de sus compañeros. Es de vital importancia que ustedes como responsables de sus hijos conozcan el esquema de vacunación y aseguren su cumplimiento; de esta manera evitamos el riesgo de adquirir una enfermedad grave por no administrar la vacuna correspondiente.

La Secretaría de Salud del Distrito, llevará a cabo en nuestro colegio una jornada de vacunación, la cual incluye: el esquema completo y refuerzos, VPH (virus del papiloma humano), Toxoide Tetánico, COVID 19, serán aplicadas de manera gratuita para toda la comunidad educativa el **día lunes 17 de abril en la jornada de 8.30 am a 3.00 pm.**

Si están interesados en que su hijo(a) reciba alguna de estas vacunas, favor diligenciar la respectiva documentación adjunta según biológico a aplicar y devolverla al docente titular junto con el carné original o fotocopia de vacunas a más tardar el día **30 marzo**.

1. Consentimiento informado para aplicación de la vacuna COVID
2. Autorización para iniciar, continuar o completar esquema de vacunación nacional
3. Consentimiento informado para aplicación de VPH (virus del papiloma humano).

Con su apoyo lograremos que nuestros estudiantes no estén expuestos a riesgos innecesarios.

Cordialmente,

  
**Fr. Juan José Gómez Gómez. OAR**  
Rector

  
**Yury Avendaño Ardila**  
Enfermera

Diligenciar este desprendible en físico y entregarlo al docente titular del curso con el carné de vacunas original o fotocopia a más tardar el **30 de marzo del 2023**

**COLEGIO AGUSTINIANO NORTE**

Autorización Jornada de Vacunación, el 17 de abril del 2023

Bogotá D.C., \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Números de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de los Padres de Familia: \_\_\_\_\_