C:_e_s.wmf

**Servizio medico scolastico**

**Cantone dei Grigioni**

**Feedback al medico scolastico (notifica d'esecuzione)**

Cognome, nome del/la bambino/a: …………………………………….……………………………..

Data di nascita: …………………………………………………………………………………………

Classe: ……………. Scuola: ……………………………… NPA, luogo: ……………………….

Visita da parte del medico scolastico avvenuta il (data): …………………………………………..

○ Referto normale ○ Referto anomalo

Osservazioni: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vaccinazioni secondo il calendario vaccinale svizzero: | | |
| * Difterite-tetano | * Epatite B | * Papillomavirus umani |
| * Pertosse | * Pneumococchi | * Meningococchi |
| * Haemophilus influenzae (tipo b) | * Morbillo, Orecchioni, Rosolia | * FSME |
| * Poliomielite | * Varicella | * …………………... |
|  |  |  |

Luogo/data: ………………………….. Medico di famiglia/ pediatra: …...……………………

(timbro / firma)

***La notifica d'esecuzione deve essere inoltrata al medico scolastico competente.***

*Agosto 2023*