

**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*