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