



**Servizio medico scolastico
del Cantone dei Grigioni**

Feedback al medico scolastico

Cognome, nome del/la bambino/a

Data di nascita:

Classe: Scuola: CAP/
Luogo:

Secondo la visita del medico scolastico del: referto
normale referto
anormale

Osservazioni:

.....

.....

.....

Vaccinazioni secondo il calendario vaccinale svizzero

completa incompleta

Di-Te
Per
Polio
Hib
MMR
Hep B
.....

Luogo / data:

Il medico di famiglia / pediatra:
(timbro / firma)