



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
anomale

Osservazioni:

| Vaccinazioni secondo il calendario vaccinale svizzero | |
|---|--------------------------|
| | completa incompleta |
| Di-Tc | |
| Per | |
| Polio | |
| Hib | |
| MMR | |
| Hep B | |
| | |

Luogo / data:

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