



Comunicazione ai genitori

Cognome, nome del/la bambino/a

Data di nascita:

Classe: Scuola: CAP/ Luogo:

Dalla visita del:

è risultato che:

.....

.....

.....

.....

Indicato ulteriore *accertamento / trattamento / vaccinazione dal medico di famiglia / medico specialista*

Luogo / data:

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