

CASTELLI INTERNATIONAL SCHOOL (CIS)
Via degli Scozzesi 13, 00046,
Grottaferrata, Rome



Tel. & Fax. No. 06 94315779
E-mail: office@castelli-international.it
Website: www.castelli-international.it

HEALTH FORM

School Year
(Anno scolastico)

STEP 1 STUDENT INFORMATION (Informazioni sullo studente)

Student Name
(Nome e Cognome)

Date of birth
(Data di nascita)

Place
(Luogo)

Sex
(Sesso)

Nationality
(Nazionalità)

Address and telephone no.
(Indirizzo e n. telefonico)

Mother's Work Tel.
(Tel. di lavoro della madre)

Mobile
(Cellulare)

Father's Work Tel.
(Tel. di lavoro del padre)

Mobile
(Cellulare)

Emergency contact person
(Nome contatto per emergenze)

Telephone
(Telefono)

Relationship
(Tipo di relazione)

Doctor's Name
(Nome del dottore)

Telephone
(Telefono)



STEP 2

MEDICAL HISTORY (Anamnesi medica)

Birth (Parto)	Spontaneous (Spontaneo) <input type="checkbox"/>	Premature (Prematuro) <input type="checkbox"/>
Other (Altro)		
Any direct problems with (Problemi di)	Hearing (Udito) <input type="checkbox"/>	Speech (Parola) <input type="checkbox"/> Sight (Vista) <input type="checkbox"/>
Please give details (Specificare)		

STEP 3

MEDICAL RECORD – CONFIDENTIAL
(Storia clinica - Confidenziale)

■ The information requested in the below sections A-F (inclusive) refers only to the period since last September.
(Le informazioni richieste ai punti da A ad F compreso, si riferiscono al periodo precedente lo scorso mese di settembre).

A. Please indicate if the student has had any of the following

(Se lo studente ha contratto una delle seguenti malattie, barrare la voce corrispondente)

Measles <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>
Whooping cough <input type="checkbox"/>	Frequent Colds <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
German Measles <input type="checkbox"/>	Mononucleosis <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>
Ear infection <input type="checkbox"/>	Chicken Pox <input type="checkbox"/>	Allergic reactions <input type="checkbox"/>
Mumps <input type="checkbox"/>	Encephalitis <input type="checkbox"/>	Rheumatic fever <input type="checkbox"/>
Meningitis <input type="checkbox"/>	Tonsillitis <input type="checkbox"/>	

Please specify if there are other medical conditions (Specificare altre eventuali rielievi medici)

B. Dates and reasons for hospitalization

(Date e motivi di eventuali ricoveri)





C. Immunization Records: please complete below or attach records

(Vaccinazioni effettuate: completare il quadro sottostante o allegare documentazione relativa)

VACCINE	MONTH/YEAR			
Tetanus/Diphtheria				
Tetanus booster				
Measles, Mumps, Rubella				
Polio				
HINI/Influenza				
Pneumococcal				
Hepatitis B				
Hepatitis A				
Varicella (Chicken Pox)				
Meningococcal (MCV4)				
TB Test (indicate + or -)				

D. Is the student now, or has he/she been, under the care of a psychologist?

(Lo studente é attualmente oppure è stato seguito da un psicologo?)

E. List below the name and manufacturer of any medication taken by the student (regularly or seasonally) and the reason(s) for its prescription

(Elencare se lo studente assume regolarmente o periodicamente farmaci, le ragioni, il nome del farmaco e la casa farmaceutica)

F. Is the student able to participate fully in the physical education program and activities of the school?

(Lo studente è in condizioni di partecipare alle attività di educazione fisica della scuola?)

YES
(SI)

If NO, please attach a letter from your doctor giving reasons and degree of limitation (In caso NEGATIVO, vi preghiamo di allegare la giustificazione redatta dal medico curante specificando le limitazioni)

Signed

Date