

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

PHYSICAL EXAMINATION FORM

CONFIDENTIAL

School Year

■ This form is to be completed by the physician yearly and then returned to the school secretary as soon as possible.

Name of student	
Date of birth	
Height	Weight	
Blood pressure	Heart rate	
Lungs	Abdomen	
Throat	Scoliosis	
Vision	Hearing	
Nose	Skin	
Reflexes	Teeth	
Menstrual history	
Allergies (specify)	
Comments	

I hereby certify that this student is physically fit to participate in sports activities at Castelli International School.

Name of examining physician	Tel.
Physician's signature and stamp	Date

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

SCHEDA SANITARIA

CONFIDENTIAL

Anno scolastico

■ Questo modulo va compilato annualmente in ogni sua parte dal medico curante e restituito tempestivamente alla segreteria della scuola.

Nome e Cognome dello studente

Data di nascita

Altezza	Peso
---------	------

Pressione art.	Battito card.
----------------	---------------

Polmoni	Addome
---------	--------

Gola	Scoliosi
------	----------

Vista	Udito
-------	-------

Naso	Pelle
------	-------

Riflessi	Denti
----------	-------

Anamnesi mestruale

Allergie (dettaglio)

Commenti

Certifico che lo/a studente/ssa è fisicamente idoneo/a a partecipare alle attività sportive scolastiche non agonistiche della Castelli International School.

Name del medico	Tel.
-----------------	------

Firma e Timbro del medico	Data
---------------------------	------