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 it 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			

Certiico che lola studentelssa e isicamente idoneola a partecipare alle attivita sportive scolastiche non agonistiche della Castelli International School.

Name del medico		Tel.	
Firma e Timbro del medico		Data	