

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/la studente/ssa è fisicamente idoneo/a a partecipare alle attività sportive scolastiche non agonistiche della Castelli International School.***

Nome del medico	Tel.
-----------------	------

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