

Health Form

*The following information will help us take care of your child: please complete all fields and update us on any changes. *Please also attach relevant certificates.*

This form together with attachments can be sent to office@romeinternationalschool.it

Student's Name _____

Gender M F

Date of birth (DD/MM/YYYY) _____

Allergies / Intolerances: no allergies no intolerances at the present time.
 Or fill in:

(*) and attach relevant certificates.

Consent for medication [optional] In case of my child suffering from a mild illness such as:

< Condition >*

I give permission for (indicate the appropriate medication)

headache / fever / moderate pain	Paracetamol / Tachipirina
_____	_____
_____	_____

to be given by the school staff / doctor . NB: You will still be contacted before any administering.

Signature _____ Date : ____/____/____

Known impairments

Wear glasses or contact lenses <input type="checkbox"/>	Impaired speech <input type="checkbox"/>
Impaired vision <input type="checkbox"/>	Impaired hearing <input type="checkbox"/>

Physical Education Programme, is your child able to participate fully?

Yes No**

Physical limitations? Yes** No

Has your child ever been under the care of a Psychiatrist/ Psychologist?

Yes** No

Health Form

** Enclose a copy of medical certificates when needed.*

*** Mention details in medical history.*

MEDICAL HISTORY : Please attach / enclose a resume of your daughter's / son's medical history and list any medication you use.:

► We inform you that the next paragraph must be completed and signed by law

RIS S.r.l., as data controller, shall process your personal data with this form under Regulation (EU) 2016/679 (GDPR), through information technology, telematics and analogical means. In this case the processing of your personal data will be required to fulfill our contractual obligations. Your data will not be published or communicated to third parties, with the exception of cases connected with the carrying out of our duties or in any case connected with the performance of this service. The data may also be processed to communicate events or other initiatives of particular interest in relation to school activities. For any information or to assert your rights you can contact the data controller at tel: +39 06 84482650 or e-mail: privacy@romeinternationalschool.it.

Parent/Carer Signature _____ Date _____

Health Form

Le seguenti informazioni ci aiuteranno a prenderci cura dei Vostri figli: per cortesia, riempite tutti i campi e aggiornateci se ci fossero variazioni. () Vi preghiamo di allegare i certificati per i casi rilevanti.*

Student.e/ssa _____

Genere M F

Nata/o il _____

Allergie/Intolleranze : fino ad oggi non allergico/a non intollerante
 altrimenti indicate di seguito:

(*) allegati

Consenso per farmaci [*facoltativo*] Nel caso l'allievo/a presentasse uno stato di disagio come:

< Stato>*

Consento alla somministrazione di (indicare il farmaco)

cefalea/ febbre / dolore medio	Paracetamol / Tachipirina
_____	_____
_____	_____

da parte dello staff / del medico. NB: Verrete comunque contattati in anticipo.

Firma _____ Data: ___ / ___ / _____

Difetti sensoriali noti (*)

Uso di occhiali o lenti <input type="checkbox"/>	Difetti dell'eloquio <input type="checkbox"/>
Difetti della vista <input type="checkbox"/>	Difetti dell'udito <input type="checkbox"/>

Programma di educazione fisica, l'allievo/a è in grado di partecipare appieno ?

Si No**

Limitazioni fisiche? Si** No

L'allievo è mai stato in cura con uno psichiatra o uno psicologo? Si** No

Health Form

* Allegare una copia dei certificati rilevanti.

** *Indicare i dettagli nella sezione della Storia Medica.*

STORIA MEDICA : Vi preghiamo di allegare un sunto della storia medica di vostro/a figlio/a ed elencare i medicinali indicati nella sua terapia, se ce ne sono.

► **Informativa semplificata in ottemperanza al Regolamento (UE) 2016/679**

Rome International School, in qualità di Titolare dei dati (con sede in Via Pecori Giraldi 137 - 00135 Roma), tratterà i vostri dati personali conferiti con il presente modulo ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), con modalità informatiche, telematiche e manuali. In questo caso il trattamento dei vostri dati personali è necessario per adempiere ai nostri obblighi contrattuali. I vostri dati non saranno pubblicati o comunicati a terzi, ad esclusione dei casi connessi con l'esecuzione dei nostri compiti e/o comunque connessi all'esercizio del presente servizio, anche per comunicare eventi o altre iniziative di particolare interesse in relazione alle attività scolastiche. Per qualsiasi dubbio o per esercitare i vostri diritti potete rivolgervi al Titolare dei dati contattabile a: Tel. +39 06 84482 650, e-mail:privacy@romeinternationalschool.it.

Firma genitore _____ Data _____