



SCHEDA MEDICA

COGNOME: _____

NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ // _____ // _____

fotografia

AUTORITÀ PARENTALE (minorenni): _____

VIA E NUMERO: _____

NAP: _____ LUOGO: _____

NUMERI DI TELEFONO: persona da contattare in caso di necessità

1) _____ (_____)

2) _____ (_____)

CASSA MALATI: _____ N°MEMBRO: _____

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE: SI NO

MEDICO CURANTE: _____ TEL: _____

*Il campo compilato affermativamente va precisato nella colonna accanto

1)*Prende regolarmente medicinali? SI NO

2)Antitetanica? SI NO Se si, quando? _____

3)*Infortuni? SI NO

4)*Operazioni? SI NO

5)*Malattie importanti? SI NO

6)*Allergie a medicinali? SI NO

7)*Altre allergie? SI NO

8)*Intolleranze alimentari? SI NO

Osservazioni: _____

Il presente formulario rimane al coach responsabile del giocatore e sarà utilizzato **solo** in caso di necessità.

Io, sottoscritto, autorizzo il Cardiocentro a fornire i miei dati sanitari alla persona responsabile delle questioni sanitarie dei Lugano Rebels.

LUOGO, DATA: _____ FIRMA: _____