



Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

ATLETI - FORMULARE MEDICO d'iscrizione ai corsi sportivi

Generalità del partecipante ai corsi

Sexo: ☐ maschile ☐ femminile

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

Via _____ CAP / Luogo _____

Indirizzo / Segel _____

Tel. cellulare _____ Tel. casa _____

E-mail _____

Cassa malati _____

No. assicurato _____ Tel. cassa malati _____

Assicurazione (S) _____ No. (S) _____

Tipologia di disabilità: indicare anche più di una disabilità

☐ mancata/80% età di apprendimento

☐ disagio psichico

☐ sensoriale (udito/visiva)

☐ disturbo del linguaggio

☐ fisica

☐ altro _____

Medico curante

Cognome _____ Nome _____

Via _____ CAP / Luogo _____

Tel. ufficio _____ Tel. privato _____

Persone di riferimento in caso di necessità

Cognome _____ Nome _____

Via _____ CAP / Luogo _____

Tel. cellulare _____ Tel. casa _____