



Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

## ATLETI - FORMULARIO MEDICO d'iscrizione ai corsi sportivi

### Generalità del partecipante ai corsi

Sesso  maschile  femminile

Cognome

Nome

Data di nascita

Via

NAP / Luogo

Istituto / foyer

Tel. cellulare

Tel. casa

E-mail

Cassa malati

No. assicurato

Tel. cassa malati

Assicurazione RC

No. AVS

### Tipologia di disabilità · indicare anche più di una disabilità

mentale/difficoltà di apprendimento

disagio psichico

sensoriale (udito/vista)

disturbo del linguaggio

fisica

altro

### Medico curante

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Tel. ufficio

Tel. privato

### Persona di riferimento in caso di necessità

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Tel. cellulare

Tel. casa



**ATTENZIONE: Siete responsabili per i dati forniti**

---

### Autonomia

---

Nella vita quotidiana necessita dell'aiuto di una terza persona?

Vestirsi  sì  no  parzialmente

Muoversi  sì  no  parzialmente

Mangiare  sì  no  parzialmente

Igiene personale  sì  no  parzialmente

Osservazioni:

---

---

---

### Malattie e allergie

---

Allergie  sì  no se sì, quali?

Intolleranze / indicazioni alimentari  sì  no se sì, quali?

Asma  sì  no se sì,  leggera  importante

Diabete  sì  no

Insulina  sì  no se sì, con quale frequenza?

Epilessia  sì  no se sì, fattori scatenanti / frequenza / durata:

Insufficienza o malattia cardiaca  sì  no se sì, quale?

Altre malattie  sì  no se sì, quali?

---

### Medicamenti

---

Vostro/a figlio/a assume regolarmente medicinali?  sì  no

Li prende autonomamente?  sì  no

Necessita regolarmente di iniezioni?  sì  no

---

