

SCHEDA MEDICA / MEDICAL FORM**ALTA VIA STAGE RACE**
12-20 GIUGNO/JUNE 2015

Cognome / Last name	Numero di corsa (a cura dell'organizzazione) Race number (by the organizer)	
Nome / Name		
Team		

Sesso / Sex M () F ()	Età / Age	Peso / Weight
Gruppo sanguigno - RH / Blood group - RH		

Terapie farmacologiche in corso Current pharmacological therapies	Malattie croniche o ricorrenti da segnalare Chronic or recurrent diseases to signalize
Interventi chirurgici Surgical operations	Traumi Traumas
Allergie e relative terapie Allergies and related therapies	Allergie a farmaci Drug allergies
Intolleranze alimentari Food intolerances	Ulteriori informazioni Further informations

LA SEGUENTE SCHEDA MEDICA DOVRÀ ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATA E RESTITUITA
ALL'ORGANIZZATORE ENTRO IL 15/05/2015

THE FOLLOWING MEDICAL FORM HAVE TO BE COMPULSORY FILLED IN AND REFUNDED TO THE ORGANIZER WITHIN
15/05/2015

DATA/DATE _____, ____/____/____ FIRMA/SIGNATURE _____