



SCHEDA MEDICA / MEDICAL FORM

Da completare a cura del partecipante / To be completed by the participant

Cognome / Last name	Numero di corsa <small>(a cura dell'organizzazione)</small> Race number <small>(by the organizer)</small>
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

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