



etiCamp



Scheda medica EtiCamp

NOME.....

COGNOME.....

DATA DI NASCITA.....

LUOGO DI NASCITA.....

Anamnesi (storia) familiare per Patologie e/o Disturbi Cardiovascolari

SI NO

Quali?.....

Ha eseguito visite medico-sportive in precedenza?

SI NO

Con quale esito?.....

Ha allergie ai farmaci?

SI NO

Quali?.....

Ha intolleranze alimentari?

SI NO

Quali?.....