

SCHEDA MEDICA / MEDICAL FORM**ALTA VIA STAGE RACE**
12-20 GIUGNO / JUNE 2020

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 SCHEDA MEDICA DOVRÀ ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATA E RESTITUITA ALL'ORGANIZZATORE ENTRO IL 15/05/2020
> THE MEDICAL FORM HAVE TO BE COMPULSORY FILLED IN AND REFUNDED TO THE ORGANIZER WITHIN 15/05/2020

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