



REGIONE PUGLIA

SCHEDA DATI ANAMNESTICI

DATI DELL'ATLETA

Cognome _____ nome _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____

_____, Tel./Cell _____

MALATTIE SOFFERTE/ALLERGIE

INTERVENTI CHIRURGICI

INFORTUNI

RICOVERI OSPEDALIERI

Firma dell'atleta _____

Io sottoscritto _____ documento di identità n. _____
 rilasciato il _____, esercitante la patria potestà, dichiaro di non aver taciuto
 alcuna patologia pregressa e che il minore _____
 non è mai stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica

Firma del genitore _____