

PERSONA DA CONTATTARE/NEXT OF KIN

NOME/NAME.....
PARENTELA/RELATIONSHIP.....
INDIRIZZO/ADDRESS.....
.....
TEL.....

MEDICO SPORTIVO/NAME OF GP

.....
NOME/NAME.....
INDIRIZZO/ADDRESS.....
.....
TEL.....

DETTAGLI VAN/HORSE BOX DETAILS

MARCA/MAKE.....
COLORE/COLOUR.....
TARGA/REG. NO.....

SCHEDA SANITARIA - MEDICAL CARD

INSERIRE I DATI E PORTARE CON SE' IN OGNI COMPETIZIONE

NOME/NAME

DATA DI NASCITA/DATE OF BIRTH.....
RELIGIONE/RELIGION.....
INDIRIZZO/ADDRESS.....
.....
TEL.....

CAMBIO DI INDIRIZZO/CHANGE OF ADDRESS

TEL.....

TRAUMI SUBITI/PREVIOUS INJURIES	SI/YES		NO		SPECIFICARE/SPECIFY
TRAUMA CRANICO/HEAD					
COMMOZIONE CEREBRALE/CONCUSSION					
EMATOMI ENDOCRANICI/ENDOCRANIAL HEMATOMA					
VISO/FACE					
COLLO/NECK					
SCHIENA/BACK					
TORACE/CHEST					
ADDOME/ABDOMEN					
ARTI/LIMBS					
CONDIZIONI MEDICHE / MEDICAL CONDITIONS	SI/YES		NO		SPECIFICARE/SPECIFY
DIABETE/DIABETS					
EPILESSIA/EPILEPSY					
PERDITA DI COSCIENZA/BLACKOUTS					
ASMA/ASTHMA					
ALLERGIE/ALLERGIES					
CUORE/HEART					
POLMONI/LUNG					
UDITO/HEARING					
ALTRO/OTHERS					
TERAPIE FARMACOLOGICHE/ARE YOU ON MEDICATION?					
TERAPIE CORTISONICHE IN ATTO/ARE YOU ON CORTISONE?					
GRUPPO SANGUIGNO/BLOOD GROUP					
DATA ULTIMA VACCINAZIONE ANTITETANICA/LAST TETANUS IMMUNISATION					
PROTESI DENTARIE/DENTURES					
PROTESI METALLICHE / METAL PROSTHESIS					
LENTI A CONTATTO/CONTACT LENSES					