



Federazione
Italiana
Sport
Equestri

DATI ATLETA

NOME	
COGNOME	
EMAIL	
NUMERO TEL.	
DATA DI NASCITA	
DISCIPLINA	

GRUPPO SANGUIGNO:

PATOLOGIE/MALATTIE CRONICHE:

TERAPIE FARMACOLOGICHE:

ALLERGIE A FARMACI:

DATA _____ **FIRMA** _____