

**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			