

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 ON YOU MEDICATION?			
TERAPIE CORTISONICHE IN ATTO/ARE YOU ON CORTISONE?			
GRUPPO SANGUIGNO/BLOOD GROUP			
DATA ULTIMA VACCINAZIONE ANTITETANICA/ DATE OF LAST TETANUS IMMUNISATION			
PROTESI DENTARIE/DENTURES			
PROTESI METALLICHE NON COMPATIBILI CON RMN/ METAL PROSTHESI NOT COMPATIBLE WITH MRI			
LENTI A CONTATTO/CONTACT LENSES			