



## SCHEDA MEDICA

(da inviare a [asmedsport@free.fr](mailto:asmedsport@free.fr))

MOTO  QUAD  SSV  ASSISTENZA  ACCOMPAGNATORE   
PILOTA  COPILOTA

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Domicilio:

Codice postale:

Città:

Nazione:

Telefono:

Cellulare:

E-mail:

N° passaporto:

Aeroporto internazionale vicino al domicilio:

Persona da contattare in caso di emergenza:

Parentela:

Telefono:

Città:

Nazione:

### INFORMAZIONI MEDICHE

Eventi medici precedenti:

Interventi chirurgici subiti:

Allergie:

Terapie mediche in corso:

Gruppo sanguigno:

Rh:

Assicurazione medica integrativa per spese mediche in caso di ricovero in ospedale e/o rimpatrio: