



RICHIESTA di PARTECIPAZIONE al Campo di Educazione e promozione sportiva "DIABETE SPORT TRAINING"

di.....

Il/La sottoscritto/a) _____

Nato/a _____ il _____,

chiede l'iscrizione al campo di Educazione e Promozione Sportiva di AGDITALIA che si svolgerà a..... dalal.....

e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

DATI E CONTATTI	
NOME E COGNOME:	<u>Allegare Foto</u>
SESSO: ETA': DATA DI NASCITA:	
LUOGO di NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
INDIRIZZO A CUI SPEDIRE LE COMUNICAZIONI:	
VIA _____ CITTÀ _____ CAP _____ PROVINCIA _____ EMAIL: _____	

CONTATTI IN CASO DI EMERGENZA		
NOME E COGNOME	RELAZIONE CON IL PARTECIPANTE	NUMERO TELEFONICO A CUI È RINTRACCIABILE PIÙ FACILMENTE

INFORMAZIONI MEDICHE GENERALI

ALLERGIE A MEDICINALI (O FARMACI CHE NON SI DEVONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):

.....

Indicate eventuali restrizioni alimentari (es. allergico a certi cibi, celiaco, vegetariano o altro):

.....

Indicate altri eventuali problematiche (es. allergie al cloro, reazioni a punture d'insetto, asma, attacchi epilettici, sonnambulismo..):

.....

INFORMAZIONI MEDICHE RELATIVE AL DIABETE

ANNO di ESORDIO DEL DIABETE?

HbA1C: ultima. ValoreData

HbA1C: penultima. Valore.....Data

SONO ATTUALMENTE STATE DIAGNOSTICATE COMPLCANZE CRONICHE? SI NO

SE SI QUALI?

TERAPIA INSULINICA: MULTI-INIETTIVA MICROINFUSORE

CONOSCI IL CONTEGGIO DEI CARBOIDRATI? SI NO

SE SI, LO APPLICHI? MAI TALVOLTA SPESSO SEMPRE

CONSCETE IL TUO RAPPORTO CARBOIDRATI/INSULINA? SI NO QUAL'E?

***** IN ALLEGATO AL PRESENTE TROVERERAI UN MODULO "PIANO D CURA" CHE DOVRAI COMPILARE CONGIUNTAMENTE AL MEDICO DIABETOLOGO CHE TI HA IN CURA *****

DESIDERO ESSERE IN CAMERA CON.....

Data _____

Firma