



**PIANO di CURA PER I PARTECIPANTI AI CAMPI di EDUCAZIONE e PROMOZIONE  
SPORTIVA “DIABETE SPORT TRAINING”**

(scrivere in stampatello)

**B. Microinfusore**

Marca:..... Modello: .....

Set infusionale: .....

Tipo di insulina: .....

Profilo basale:

ore .....

ore .....

ore .....

ore .....

ore .....

Boli:

colazione .....

merenda .....

pranzo .....

merenda .....

cena .....

**ALTRE TERAPIE**

**Malattia o condizione:** .....

Nome commerciale:..... Formulazione: ..... Posologia: .....

Nome commerciale:..... Formulazione: ..... Posologia: .....

**Malattia o condizione:** .....

Nome commerciale:..... Formulazione: ..... Posologia: .....

Nome commerciale:..... Formulazione: ..... Posologia: .....

**Si attesta che ..... è idoneo a svolgere attività sportiva  
non agonistica.**

FIRMA

Medico del Centro di Diabetologia Pediatrica (nome e cognome in stampatello e firma)

---

Data