

1 – SCEDA DI INFORMAZIONI

RAGAZZO (A)

NOME : PRENOM :

Data di nascita : Luogo di nascita :

Club : Taglio : Peso :

GENITORI

NOME di genitori (o di tutore légale) :..... Indirizzo E-Mail :

Indirizzo abituale :

Téléfono : Domicilio: Mobile Ufficio

SETTIMANA SCELTA (*Spuntare vostre scelta*)

1. Dalle Domenica 5 Luglio alle Sabato 11 Luglio

2. Dalle Domenica 12 alle Sabato 18 Luglio

FARE COMPLETARE PER LO DOTTORE

| GRUPO SANGUIGNO | | | | Data | Ricchiamo |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------|-----------|
| Diftérite | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | Vaccino Diftérite / Tétano | | |
| Morbillo | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | Vaccino Diftérite /Tétano/Tyfoïde | | |
| Otíte | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | Vaccino B.C.G. | | |
| Scarlattina | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | Vaccino anti-Poliomélite | | |
| Asma | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | | | |

Interventi chirurgiche e date :

Osservazione o raccomandazione eccezionale :

Sigillo di médico

sono autorizzo moi ragazzo(a) a partecipare a lo stage di Rugby e permetto tutti interventi médica e radiologica ammesso che quello sta necessario. FIRMA DI GENITORI :