

INFORMAZIONI PERSONALI



NOME DELLO STUDENTE

INFORMAZIONI DI CONTATTO PER EMERGENZE

NOME COMPLETO	
RAPPORTO DI PARENTELA	
TELEFONO DI CASA	
TELEFONO DI LAVORO	
TELEFONO CELLULARE	

SA NUOTARE: SI NO

INFORMAZIONI MEDICHE/DIETA: barrando "si" siete pregati di specificare

	SI	NO	DETTAGLI
Lo studente ha dei disturbi o una qualche disabilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lo studente ha allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lo studente assume dei farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lo studente segue una dieta particolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Con la presente autorizzo ACADEMY a seguire le indicazioni dello staff medico e autorizzo trattamenti medici/anestetici per lo studente in caso di emergenza.

INDICARE IL GRUPPO SANGUIGNO DELLO STUDENTE: _____

Nel caso in cui lo studente necessiti della visita di un medico, lo staff ACADEMY richiederà il nome e i dettagli di contatto del medico di base dello studente.

Indicare qui sotto i contatti del medico di base

Nome del medico		Numero di telefono	
Email		Indirizzo	

MATERIALE PROMOZIONALE: durante la settimana saranno effettuate foto/riprese video degli studenti che potranno essere utilizzate per promozione su brochure o siti web (facebook, instagram, ecc.).

In caso desideriate che lo studente non appaia in suddetto materiale barrate la casella **NO**

NOME DEL GENITORE/TUTORE

FIRMA

DATA
