

STUDENTE

Per favore scrivi in modo leggibile.

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____
(giorno/mese/anno)

Indirizzo _____

Città/Provincia _____

Nazione _____ C.A.P. _____

Tel. abitazione () _____ Tel. ufficio () _____

E-mail _____ FAX _____

Nome e indirizzo del tuo medico di famiglia o personale

Nome _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Data dell'ultimo esame medico _____

Nome dell'esaminatore _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Telefono () _____ E-mail _____

Ti è mai stato richiesto un esame per la subacquea? Sì No Se sì, quando? _____

MEDICO

Questa persona intende partecipare ad un corso o ha un brevetto di immersione con ARA (autorespiratore ad aria) pertanto chiede l'opinione del Medico sulla sua idoneità fisica a partecipare ad attività subacquee (il Medico può fare riferimento alle linee guida allegate).

Impressioni del medico

- Non ritrovo alcuna condizione che considero incompatibile con la subacquea.
 Non sono in grado di raccomandare questo individuo per l'attività subacquea.

Osservazioni _____

Firma del medico _____ Data _____
(giorno/mese/anno)

Nome _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Telefono () _____ E-mail _____