

CUS PERUGIA RUGBY



CAMPUS dello Sport Perugia



Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Scuola frequentata _____ Classe _____ Città _____

Stai seguendo cure mediche?

- SI
- NO

Se sì, quali? _____

Ha sofferto di qualche malattia importante?

Soffre di disturbi epilettici?

- SI
- NO

Asma?

- SI
- NO

Allergie?

- SI
- NO

Specificare: _____

Intolleranze/Allergie ad alimenti?

- SI
- NO

Specificare: _____

Altro? _____

Indossa apparecchi ortodontici, occhiali, etc?

- SI
- NO

Specificare: _____

Altre informazioni Utili

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679(GDPR) e del D.Lgs.196/2003

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali propri e del/della proprio/a figlio/a ed esprime il consenso al trattamento degli stessi.

Perugia, li _____ Firma del genitore _____