

Sportech Academy – Modulo di Consenso Medico

Informazioni sul Partecipante

Nome e Cognome dello Studente: _____

Data di Nascita: _____

Programma Iscritto (Fashion / Design / Food / Football): _____

Nazionalità: _____

Numero di documento: _____

Informazioni sul Genitore/Tutore

Nome e Cognome: _____

Relazione con lo Studente: _____

Numero di Telefono Principale (incluso prefisso internazionale): _____

Indirizzo Email: _____

Contatto di Emergenza (se diverso): _____

Telefono: _____

Informazioni Mediche

Lo studente ha condizioni mediche conosciute?

☐ No

☐ Sì (specificare): _____

Lo studente assume farmaci regolari?

☐ No

☐ Sì (specificare): _____

Allergie (inclusi cibi, farmaci, insetti, ecc.): _____

Restrizioni Alimentari: _____

Lo studente ha ricevuto tutte le vaccinazioni di routine necessarie?

☐ Sì

☐ No (fornire dettagli): _____

Consenso Medico

Il/La sottoscritto/a autorizza lo staff della Sportech Academy e il personale autorizzato ad agire per conto mio in caso di emergenza medica che coinvolga mio/a figlio/a. Questo include:

- Somministrazione di primo soccorso
- Richiesta e consenso a trattamenti medici o ospedalizzazione secondo il parere dei professionisti sanitari

Sportech Academy S.r.l.

A: Via Pietrasanta, 14 – 20141 Milano - C.F./P.I. 13281630965

T: +39 346 3838393

W: www.sportechacademy.com

- Condivisione di queste informazioni con i fornitori di servizi medici o i soccorritori

Sono consapevole che ogni sforzo sarà fatto per contattarmi il prima possibile in caso di problemi medici gravi.

Confermo che le informazioni sopra riportate sono accurate e complete al meglio della mia conoscenza.

Assicurazione

Lo studente è coperto da un'assicurazione sanitaria/viaggio che include l'assistenza medica internazionale?

☐ Sì

☐ No

Se sì, fornire le seguenti informazioni:

Nome della Compagnia Assicurativa: _____

Numero di Polizza: _____

Contatto di Emergenza 24/7 della Compagnia: _____

Firma

Nome del Genitore/Tutore (in stampatello): _____

Firma: _____

Data: _____