



Iscrizione dei partecipanti e liberatoria

Nome (nome completo):

Data di nascita: / _ /

Indirizzo:

Città:

Stato / Paese:

C.A.P.:

Telefono:

E-mail:

In caso di emergenza, contattare:

Numero di Emergenza:

Si prega di rispondere alle domande di cui sotto, relative ai propri precedenti medici scrivendo SI o NO. Una risposta affermativa non comporta necessariamente l'esclusione da **SharmandFun (Solmarviaggi)**. Siate onesti nelle risposte. Non mettete a rischio la vostra salute.

- ☐ 1. Sei incinta di più di tre mesi?
- ☐ 2. Hai precedenti familiari di attacchi cardiaci, ictus o malattie cardiache?
- ☐ 3. Soffri di attacchi d'asma o tossisci quando respiri o fai sport?
- ☐ 4. In questo momento soffri di raffreddore, sinusite o bronchite?
- ☐ 5. Soffri di qualche tipo di malattia polmonare?
- ☐ 6. Soffri di epilessia, attacchi, convulsioni o assumi dei medicinali per prevenirli?
- ☐ 7. Hai precedenti di perdita di sensi o svenimenti?
- ☐ 8. Hai mai avuto incidenti nell'eseguire tuffi o soffri di malattia da decompressione?
- ☐ 9. Soffri di ipertensione o assumi medicinali per tenere la pressione sotto controllo?
- ☐ 10. Sei mai stato sottoposto a interventi cardiaci, angina pectoris o ai vasi sanguigni?
- ☐ 11. Hai mai sofferto di emorragie o disturbi sanguigni?
- ☐ 12. Hai mai sofferto di diabete che influisce sulla tua capacità di partecipazione a un'attività faticosa?
- ☐ 13. Sei sotto l'effetto di droghe o alcool?
- ☐ 14. Hai precedenti di chirurgia dell'orecchio o del setto nasale?
- ☐ 15. Hai precedenti di malattie all'udito, perdita dell'udito o disturbi di equilibrio?
- ☐ 16. Soffri di disturbi di otturazione dell'orecchio in aereo o in montagna?

Se hai risposto SI a qualcuna delle domande di cui sopra, devi sottoporli a una visita medica per essere ammesso all'attività di **Sharmandfun (Solmarviaggi)**.

Io, _____ (stampare il nome completo),
certifico che un medico è stato informato delle mie attuali condizioni di salute, nonché della mia storia clinica e mi ha autorizzato a nuotare, fare dello snorkeling o immersioni. Certifico altresì che i dati da me forniti, relativi alla mia storia clinica, sono precisi e completi. Accetto di non volare nelle 4 ore successive all'escursione **Sharmandfun (Solmarviaggi)**.

Firmato: _____ Data: _____ / _____ / _____

ESAMINARE / FIRMARE A TERGO