

## 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