

DESIDERO PARTECIPARE ALL'EVENTO: _____

SARANNO PRESENTI ANCHE COME ACCOMPAGNATORI (GENITORI E FRATELLI) qualora espressamente previsto dall'iniziativa od all'evento conclusivo (indicare solo dove asterisco): _____

COGNOME*	NOME*	Data di nascita*
residenza	Via e n.	Città
Per avvisare:	padre	madre
Telefono di riferimento*		
e-mail:		
TERAPIA: ultima emoglobina glicata	PENNA	POMPA
Boli colazione	Pranzo	Cena
Basali	Mattino	Sera
Sensibilità insulinica	1 U abbassa la glicemia di mg/dl	1 U metabolizza g CHO
Correzione di ipoglicemia	G per salire di 35 mg/dl	G per salire di 70 mg/dl
Altri farmaci:	allergie:	intolleranze: intolleranza al glutine:

I genitori concedono l'utilizzo di immagini dei campi in cui possono comparire in maniera non nominata i ragazzi:

SI

NO

Data:

Firma Dei Genitori:

Compilare ed inviare per E-mail all'indirizzo:

francesco.cadario@maggioreosp.novara.it e agdnovara@gmail.com

I dati personali non saranno utilizzati per altra finalità altre a quella espressamente indicata, secondo le disposizioni vigenti sulla privacy.

La scheda è necessaria per organizzare adeguatamente ogni singolo evento, per incontri o per persone presenti a titolo di accompagnatori, sono necessari solo i campi indicati con asterisco (nome, cognome, età o data di nascita, telefono di riferimento) per organizzare nel migliore dei modi l'evento (es. sala riunioni secondo numerosità dei presenti, o se presente, rinfresco ai partecipanti; avviso tempestivo al telefono di riferimento se modifiche o disdetta, ecc.). LA RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE rappresenta un preliminare, e quindi NON DA' DIRITTO DI PER SE AI CAMPI, CHE SARANNO DA DEFINIRE CON MODULI SPECIFICI E SOTTOSCRIZIONE DI EVENTUALI QUOTE DI ISCRIZIONE.

Per ulteriori particolari telefonare in Ambulatorio Clinica Pediatrica (0321 3733793) o segreteria AGD Novara (0321 626364).