MODULO 2

ISCRIZIONE DELLA CAMPAGNA BCD AI MILAN JUNIOR CAMP 2012

(scrivere in stampatello)

Dati del medico diabetologo

Cognome _____ Nome_____ Sesso M /F

Nome Ente _____ Nome Reparto/Divisione _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Fax_____ Email _____

Il medico altresì dichiara di aver compilato il 'Piano di cura per il bambino con diabete nei Milan Junior Camp' di _____, riportante tutti i suoi dati medici, e di averlo consegnato a _____ in data e luogo _____.

Firma leggibile del medico

_____

Note *(da compilare dal genitore/chi ne fa le veci)*

Forti allergie o ulteriori esigenze mediche

_____

_____

_____

_____

_____

Come sei venuto a conoscenza di quest'iniziativa?

Sito internet della Campagna | Facebook | TV | Stampa

Sito AC Milan | Stadio S. Siro | Altro *(specificare)* _____

APPROVAZIONE ESPRESSA: Si dichiara di aver preso visione e conoscenza delle informazioni sulle modalità di partecipazione ai Milan Junior Camp, contenute sui leaflet e locandine della Campagna BCD, sui siti www.milanjuniorcamp.com e www.buoncompensodeldiabete.org, e di accettare quanto dichiarato.

Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci

Data, _____ _____

_____