

ANAGRAFICA

Per rimpostare il modulo premere il pulsante CLEAR

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA PROFESSIONE

CELLULARE ALTEZZA (cm) PESO (kg)

GENERALITÀ

SPORT PRATICATO DATA DI INIZIO ATTIVITÀ

GIORNI PREFERITI (indicare una o più giornate)

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FASCIA ORARIA PREFERITA

ANAMNESI SPORTIVA

OBIETTIVI (indicare una o più obiettivi)

IPERTROFIA	DIMAGRIMENTO	TONIFICAZIONE	P. ATLETICA	RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPORT PRATICATI NEGLI ANNI PASSATI E PER QUANTO TEMPO

ANAMNESI CLINICA

PATOLOGIE REMOTE e/o ATTUALI

ASSUNZIONE DI FARMACI SE SÌ, QUALI?

ANAMNESI ALIMENTARE

ORARI DEI PASTI

INTEGRAZIONI PRESCRITTE

INTEGRAZIONI NON PRESCRITTE

INTOLLERANZE E ALLERGIE

PRIVACY

Il/La sottoscritto _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in _____

AUTORIZZA il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo, in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16.

DATA _____

BARRARE LA CASELLA PER APPROVAZIONE

