



## CONSENSO INFORMATO PER LA PRESA A CARICO IN URGENZA DEL GIOCATORE

**Stagione 2022/2023**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo lo Staff Medico HCL a fornire informazioni relative all'età, peso, allergie ed eventuali malattie specifiche (diabete, asma, etc.) di mio figlio/a \_\_\_\_\_ appartenente alla Categoria \_\_\_\_\_ agli allenatori e ai responsabili di squadra, in modo che, in caso di urgenza, si possa intervenire tempestivamente ed adeguatamente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_