Nome del gruppo del cuore

Formulario d'iscrizione
Partecipazione alle attività del gruppo del cuore

Nome		Cognome	
Indirizzo		NPA/Loc.	
Telefono		Cellulare	
E-Mail		Data di nascita	

Persona da avvisare in caso di emergenza

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Data		Firma	.....

Mi iscrivo alla seguente attività settimanale / alle seguenti attività settimanali:

1. Attività			
Giorno		Orario	
2. Attività			
Giorno		Orario	
3. Attività			
Giorno		Orario	
4. Attività			
Giorno		Orario	

Medico curante

Nome		Cognome	
Indirizzo		NPA/Loc.	
Telefono		E-Mail	

Indirizzo gruppo del cuore

Indirizzo		NPA/Loc.	
E-Mail		Telefono	