



www.rupicapra.it

**Accompagnatori di Media Montagna
Collegio delle Guide Alpine della Regione Lombardia
Escursioni in Montagna**



Scheda personale anagrafica

Nome

Nato/a a.....

il

Residente a.....

Via..... Cell.....

Tel..... E-mail.....

Tessera C.A.I.....

Chiede di essere iscritto e partecipare alle escursioni in montagna organizzate dagli Accompagnatori di Media Montagna del Collegio delle Guide Alpine della Lombardia del gruppo di cui al sito internet www.rupicapra.it e dichiara di aver preso visione del regolamento e delle informazioni sul sito www.rupicapra.it

Scheda di autovalutazione dell'esperienza Escursionistica

- Con quale frequenza svolgi attività escursionistica in montagna?

Più volte alla settimana	1 volta alla settimana	1 volta al mese	Una volta ogni 3 mesi	Una volta l'anno
--------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------	------------------

- Conosci la classificazione delle difficoltà escursionistiche?

SI	NO
----	----

- Normalmente a quale difficoltà corrispondono le tue escursioni?

T	E	EE	EEA
---	---	----	-----

- Che dislivello in salita normalmente copri durante una escursione?

meno di 500 m	tra 500 m e 750 m	tra 750 m e 1000 m	più di 1000 m
---------------	-------------------	--------------------	---------------

- Quante ore normalmente cammini durante una escursione di una giornata?

1 ora	2 ore	3 ore	4 ore	5 ore o più
-------	-------	-------	-------	-------------

- Hai esperienza di trekking di più giorni in montagna?

SI	NO
----	----

- Fai regolarmente attività sportiva?

Più volte alla settimana	1 volta alla settimana	1 volta al mese	Una volta ogni 3 mesi	Una volta l'anno
--------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------	------------------

- Hai percorso sentieri con tratti esposti e/o attrezzati?

SI	NO
----	----

Scheda di autocertificazione per la valutazione dello stato fisico

cognome		nome	
nato a	il	residente a	in via
n° tess. san		n° tel	

	SI	NO
ricoveri ospedalieri		
interventi chirurgici		
fratture ossee		
quali?		

allergie	SI	NO
pollini o graminacee		
polvere o peli di animali		
alimenti		
farmaci		
altro		

	SI	NO
problemi cardiaci		
problemi respiratori		
problemi al fegato		
problemi ai reni		
asma bronchiale		
convulsioni febbrili		
perdite di coscienza		
disturbi coagulativi		
traumi cranici		
traumi vertebrali		
traumi cervicali		
altro		

	SI	NO
disturbi visivi		
disturbi uditivi		
disturbi motori		
mal di testa		
dolori addominali		
dolori articolari		
dolori muscolari		
epistassi		
enuresi notturna		
altro		

	SI	NO
assumi farmaci regolarmente		
hai eseguito le vaccinazioni di legge		

data	
firma	

In conformità alla legge 675/96 sulla tutela dei dati personali, le informazioni fornite dal questionario non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto e grave stato di necessità.