

ACCERTAMENTO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome e Nome:.....

Luogo e Data di Nascita:.....

Comune di Residenza:..... Via

C.F.:.....

Malattie riguardanti la famiglia: indicare con una X nella casella i casi di familiari (nonni, genitori, fratelli e sorelle) affetti dalle seguenti patologie

Malattie di cuore	Ipertensione	Diabete	Morte Improvvisa	Dolori al torace
Malattie cardiache congenite	Tumori	Colesterolo alto	Infarto Miocardio	TBC

Malattie riguardanti l'atleta: indicare con una X le caselle riguardanti le malattie sofferte

MORBILLO	VARICELLA	ROSOLIA	DISTORSIONI
PAROTITE (orecchioni)	PERTOSSE (tosse canina)	SCARLATTINA	FRATTURE
LUSSAZIONE ANCA	SCOLIOSI	LUSSAZIONI	TRAUMA CRANICO
PIEDE PIATTO	EPATITE VIRALE	POLMONITE	SVENIMENTO
PLEURITE	EPILESSIA	DIABETE	ALLERGIA
FEBBRE REUMATICA	ANEMIA	MALATTIE DI CUORE	ASMA
MALATTIE AI RENI	TBC	MALATTIE INTESTINO	ALTRO

TRAUMI	SI/NO	Quali?
RICOVERI PER INTERVENTI	SI/NO	Specificare:
ASSUME FARMACI	SI/NO	Quali?
OCCHIALI/LENTI CORNEALI	SI/NO	
DISTURBI DELL'UDITO	SI/NO	

Ha mai avvertito i seguenti disturbi: indicare con una X i disturbi avvertiti

Dolori al torace	Sensazione di battito mancante o in più	Palpitazioni più prolungate
Perdita di coscienza	Difficoltà respiratoria abnorme rispetto allo sforzo	Cefalea in relazione allo sforzo

Stili di vita dell'atleta: indicare con una x

FUMO	SI/NO	Quante sigaretta al giorno?
ALCOOL	SI/NO	
ALTRE SOSTANZE INEBRIANTI	SI/NO	

Il sottoscritto _____ (genitore di _____) dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. E' assolutamente certo di aver informato completamente il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o evento patologico contratto nel passato.

Data _____

Firma dell'atleta se maggiorenne
o firma di chi accompagna per il minore