

ACCERTAMENTI PER IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome e Nome (dell'atleta)

Nato/a a (prov.) il .../.../.....

Residente a (prov.)

in via n°

CAP

Telefono

E-mail

Ultima Idoneità Sportiva (Anno e Sede)

Sport praticato

Codice Fiscale

ANAMNESI FAMILIARE *Indicare se uno o più famigliari (genitori, nonni, fratelli/sorelle)*

sono stati affetti dalle seguenti malattie:

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ patologie cardiologiche | <input type="checkbox"/> | ➤ diabete | <input type="checkbox"/> | ➤ obesità | <input type="checkbox"/> |
| ➤ ipertensione | <input type="checkbox"/> | ➤ tumori | <input type="checkbox"/> | ➤ morti improvvise | <input type="checkbox"/> |
- (decessi giovanili <45 anni)

ANAMNESI FISIO-PATOLOGICA *Indicare se si è (o si è stati) affetti dalle seguenti malattie:*

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| ➤ fumatore | <input type="checkbox"/> | ➤ scarlattina | <input type="checkbox"/> | ➤ asma | <input type="checkbox"/> |
| - n° sigarette/dí | | ➤ tubercolosi | <input type="checkbox"/> | ➤ svenimenti | <input type="checkbox"/> |
| ➤ assume alcolici | <input type="checkbox"/> | ➤ epatite | <input type="checkbox"/> | ➤ vertigini | <input type="checkbox"/> |
| - frequenza | | ➤ otite | <input type="checkbox"/> | ➤ epilessia | <input type="checkbox"/> |
| ➤ morbillo | <input type="checkbox"/> | ➤ sinusite | <input type="checkbox"/> | ➤ diabete | <input type="checkbox"/> |
| ➤ varicella | <input type="checkbox"/> | ➤ bronchite | <input type="checkbox"/> | ➤ ipertensione | <input type="checkbox"/> |
| ➤ rosolia | <input type="checkbox"/> | ➤ polmonite | <input type="checkbox"/> | ➤ malore per | <input type="checkbox"/> |
| ➤ parotite (orecchioni) | <input type="checkbox"/> | ➤ allergie | <input type="checkbox"/> | sforzo fisico | <input type="checkbox"/> |
| ➤ pertosse | <input type="checkbox"/> | - a cosa | | | |

Peso: kg
Altezza: cm
Per atleta di sesso femminile
Età del menarca
.....

Interventi chirurgici

..... ANNO

..... ANNO

Infortunati – fratture

..... ANNO

..... ANNO

Altre patologie rilevanti

.....

Attualmente assume farmaci NO SI → quali?

Con la presente, dichiaro sotto la propria responsabilità che le notizie fornite sono complete e veritiere.
Dichiaro inoltre di avere informato il medico circa le mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge.
Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (ai sensi del Regolamento UE 2016/679), esclusivamente a fini di diagnosi e cura, al Dott. RUGGIERI ANDREA.

Data

Firma

DATI DEL GENITORE *(in caso di atleta minorenni)*

Sig./Sig.ra nato/a a (prov.) il .../.../.....