

SEZIONE A CURA DELL'ATLETA: (Genitore o persona munita di delega in caso di minori)

COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

ATTIVITA' FISICA/SPORT PRATICATO

ETA' COMPIUTA CONTATTO (telefono o mail)

MEDICO DI BASE/PEDIATRA

Notizie riguardanti la famiglia

Leggere le malattie sottostanti e qualora uno dei suoi **familiari (mamma, papà, fratelli o nonni)** soffra o abbia sofferto in passato della malattia, barrare la casella della patologia specifica.

MORTE IMPROVVISA	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
MALATTIA DI CUORE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
INFARTI IN GIOVANE ETÀ (<55 ANNI)	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
MALATTIE GENETICHE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Notizie riguardanti l'atleta

E' mai stato sottoposto a visite medico-sportive? SI NO
Se SI, è mai stato giudicato non idoneo? SI NO

Se SI, scrivere la causa della non idoneità:

Le è mai stato riscontrato durante una visita:

MALATTIA CARDIACA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SOFFIO CARDIACO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ARITMIE CARDIACHE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
COLESTEROLO ALTO O DIABETE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ASMA O ALTRA MALATTIA POLMONRE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Fuma? SI NO

Se SI, quante sigarette al giorno:

Da quanti anni:

Durante l'attività sportiva/sforzi fisici le è mai successo di provare:

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
CUORE CHE BATTE IN MANIERA IRREGOLARE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SVENIMENTO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA IMPROVVISA/ANOMALA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Attualmente sta assumendo medicine?

SI NO

Se SI, quali:

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di 18 anni) dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- il questionario è stato perfettamente compreso in tutte le sue voci
- quanto compilato nel questionario corrisponde a verità
- ha informato completamente il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato
- esprime il proprio consenso ed autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Regolam. (UE) 2016/679

DATA,