

SCHEMA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA (Prima visita)

DATA...../...../..... SOCIETA' SPORTIVA.....

Cognome Nome

Nato/a Il

Residente a Via

Recapito telefonico Indirizzo e-mail.....

Cod. Fisc.

Documento identità dell'atleta o di chi ne fa le veci

Sport per cui è richiesta la visita

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalle quali sono o sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito: genitori, nonni, fratelli e sorelle, zii, cugini):

Malattie del cuore	SI	NO	
Iperensione	SI	NO	
Diabete	SI	NO	
Asma e malattie allergiche	SI	NO	
Tumori	SI	NO	
TBC	SI	NO	

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA (barrare le caselle)

Morbillo	SI	NO	TBC	SI	NO	Epilessia	SI	NO
Varicella	SI	NO	Febbre Reumatica	SI	NO	Enuresi (urine a letto)	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Malattie Cardiache	SI	NO	Trauma Cranico	SI	NO
Parotite (Orecchioni)	SI	NO	Malattie Renali	SI	NO	Fratture	SI	NO
Pertosse (Tosse canina)	SI	NO	Malattie intestinali	SI	NO	Traumi sportivi	SI	NO
Scarlattina	SI	NO	Diabete	SI	NO	Dolore toracico	SI	NO
Epatite virale	SI	NO	Iperensione	SI	NO	Dorso curvo	SI	NO
Otite	SI	NO	Svenimento	SI	NO	Piede piatto	SI	NO
Sinusite	SI	NO	Anemia	SI	NO	Scapole alate	SI	NO

Polmonite	SI	NO	Asma	SI	NO	Lussazione anca	SI	NO
Tonsilliti frequenti	SI	NO	Eczema	SI	NO	Scoliosi	SI	NO
Pleutite	SI	NO	Allergia	SI	NO	Malattie fegato	SI	NO

RICOVERI PER INTERVENTO:

SI	NO	SE SI QUALI?
----	----	--------------

Usa occhiali?	SI	NO	Indicare quale patologia:	
Terapie farmacologiche	SI	NO		

Il sottoscritto (nome dell'atleta se la dichiarazione viene fatta dai genitori) _____ nato a _____

il _____ è/non è stato sottoposto a precedenti visite medico sportiva di legge. A seguito dell'ultima visita medico sportiva di legge, eseguita nell'anno _____ presso _____ è/non è stato dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica _____ per i seguenti motivi _____ .

il sottoscritto _____ genitore (in caso di minori) dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel "questionario per l'accertamento dell'idoneità specifica dello Sport" sono complete e veritiere.

Mi impegno a non fare uso di droghe conosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Dichiaro di acconsentire alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali secondo quanto stabilito dalla legge 675/96

Data _____

Firma dell'atleta o del genitore (in caso di minori)