



MODULO ANAMNESTICO

IL SOTTOSCRITTO (DATI ATLETA)

NATO A IL

RESIDENTE A PROV IN

VIA N. RECAPITO TELEFONICO

ANAMNESI FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni)

DIABETE

IPERTENSIONE ARTERIOSA

CARDIOPATIA ISCHEMIA AD INFARTO

ASMA

ALTRO

ANAMNESI FISIOLGICA

FUMO NO MENO DI 5 PIU' DI 10

ALCOLICI NO SALTUARIAMENTE FREQUENTEMENTE

FARMACI NO SI Se sì quali

Per le donne: Menarca ad anni Data ultima mestruazione

ANAMNESI PATOLOGICA

Soffre o ha sofferto di malattie come:

DIABETE NO SI

MALATTIE NEUROLOGICHE O EPILESSIA NO SI

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SI

MALATTIE CARDIACHE NO SI

ARITMIE CARDIACHE NO SI

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI

INFORTUNI RILEVANTI O FRATTURE

ALTRO DA SEGNALARE

PORTA OCCHIALI DA VISTA E/O LENTI A CONTATTO NO SI

Tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, dal suo rappresentante legale o delegato.

Io sottoscritto (nel caso di rappresentante indicare il grado di parentela)

..... dichiaro di aver informato il medico e di non essere mai stato dichiarato (o non essere a conoscenza che l'atleta sia mai stato dichiarato) NON IDONEO a precedenti visite sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o d'atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool (DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.M. 18/02/1982).

DATA FIRMA DELL'INTERESSATO/A

per i minori firma del Rappresentante Legale