



Luogo e data della visita: \_\_\_\_\_

**ACCERTAMENTO IDONEITÀ SPECIFICA ALLO SPORT**

Cognome e Nome dell'atleta \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA**

Indicare nella casella i familiari (nonni – genitori – fratelli e sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore  si  no Ipertensione  si  no Diabete  si  no Morti improvvise  si  no

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

*Malattie del passato e presenti*

|                      |   |   |   |                         |   |
|----------------------|---|---|---|-------------------------|---|
| Morbillo             | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Epatite virale  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Malattie dell'intestino | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Varicella            | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Otite   | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Allergia                | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Rosolia              | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Sinusite  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Asma                    | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Parotite(orecchioni) | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Bronchiti   | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Malattie della pelle    | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Pertosse             | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Polmonite   | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Epilessia               | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Scarlattina          | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Tonsillite  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Diabete                 | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Lussazione anca      | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Pleurite  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Vertigini               | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Scoliosi             | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Febbre reumatica  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Svenimenti              | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Dorso curvo          | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Anemia  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Palpitazioni            | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Piede piatto         | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Malattie del cuore                                      | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Trauma cranico          | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Scapole alate        | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Malattie renali   | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Fratture                | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| TBC (tubercolosi)    | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.) | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |                         |   |

*Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri eseguiti*

Tonsille  si  no Adenoidi  si  no Ernia  si  no Appendicite  si  no

Altri interventi o ricoveri ospedalieri: \_\_\_\_\_

E' guarito completamente?  si  no disturbi rimasti: \_\_\_\_\_

*Altre Informazioni*

Sta facendo cure o terapie farmacologiche?  si  no quali o per quale motivo: \_\_\_\_\_

Ha mai eseguito i seguenti accertamenti cardiologici?  ecocardiogramma  holter cardiaco 24 h

Usa occhiali o lenti corneali?  si  no per quale difetto: \_\_\_\_\_

E' stato in cura con busti correttivi?  si  no Usa rialzo ad un piede?  si  no

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiara di avere informato il medico delle proprie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive agonistiche. Si impegna a non fare uso di droghe e sostanze dopanti. Dichiara di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e dall'uso di alcool. Esprime, ai sensi della Legge sulla privacy (D. Lgs. 196/2003), il consenso a trattare i propri dati personali e sensibili per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa, incluso l'invio alla società sportiva richiedente la visita del certificato di idoneità/non idoneità sportiva agonistica.

Firma del dichiarante o, se minore, di un genitore