



SCHEDA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITA' SPORTIVA

DATI ATLETA

Cognome Nome
Nato il A telefono ULSS
Residente a () in via n° Cap
Codice fiscale carta d'identità o patente **(del genitore se l'atleta è minore)**
..... Rilasciata da il

Sport per cui è richiesta l'idoneità sportiva Società di appartenenza.....
Da quanti anni viene praticato questo sport?..... Per quante ore settimanali?

ANAMNESI FAMILIARE: (Specificare chi tra i familiari soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati)

Morte improvvisa:	no	si	chi ne ha sofferto?
Malattie di cuore :	no	si	quali? chi ne ha sofferto?
aritmie:	no	si	chi ne ha sofferto?
Ipertensione:	no	si	chi ne ha sofferto?
Ictus cerebrale:	no	si	chi ne ha sofferto?
Colesterolo/trigliceridi elevati:	no	si	chi ne ha sofferto?
diabete:	no	si	chi ne ha sofferto?
allergie:	no	si	chi ne ha sofferto?
asma:	no	si	chi ne ha sofferto?
tumori:	no	si	chi ne ha sofferto?
malattie della tiroide:	no	si	chi ne ha sofferto?

ANAMNESI ATLETA:

FA USO DI OCCHIALI O LENTI? no si
Se si, specificare per quale motivo : miopia astigmatismo ipermetropia strabismo

Fuma: no si
Beve alcolici: no si
Assume farmaci: no si se si, quali?

Ha avuto **interventi chirurgici**: no si se si, quali?

E' già stato sottoposto a visite medico-sportive? no si
E' mai stato dichiarato non idoneo? no si

Soffre o ha mai sofferto delle seguenti anomalie?

Malattie cardiache :	no	si	se sì, indichi quali:
Soffio cardiaco:	no	si	
Ipertensione arteriosa:	no	si	
Aritmie cardiache:	no	si	
Soffre o ha mai sofferto di :	no	si	
malattie esantematiche:	no	si	
tonsilliti frequenti:	no	si	
malattia reumatica:	no	si	
broncopolmonite:	no	si	
asma bronchiale o da sforzo:	no	si	se sì, indichi quale:
rinite allergica:	no	si	
allergie alimentari o a farmaci:	no	si	se sì, indichi quali:
epatiti virali:	no	si	
malattie renali:	no	si	
sangue nelle urine:	no	si	
diabete:	no	si	
malattie della tiroide:	no	si	
colesterolo elevato:	no	si	
epilessia:	no	si	
trauma cranico:	no	si	
dolore o costrizione al petto:	no	si	
svenimento:	no	si	
vertigini:	no	si	

altro da segnalare:

L'atleta e/o il genitore dell'atleta dichiara di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psicofisiche dell'atleta, alle sue eventuali precedenti patologie e che quando esposto corrisponde a verità.

Dichiara inoltre che il figlio non ha in sospeso accertamenti presso strutture pubbliche o private accreditate.

Dichiara di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste ed al trattamento dei dati personali secondo la legge sulla privacy 675/96, testo consolidato con il D.lg. N°467 del 28/12/2001 e successivo D.lg. 196/03 del 30/06/2003.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo non agonistico.

Data:

Firma del Dichiarante (genitore se minore):