**Questa scheda è strettamente personale e deve essere compilata e firmata dall’atleta (o da uno dei genitori in caso di atleta minorenne**)

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento identità: n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività lavorativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Scolarità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sport agonistico per cui si richiede la visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Società sportiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anno di inizio attività agonistica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali periodi d’interruzione dell’attività agonistica e motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’allenamento si svolge nei seguenti giorni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di ore/settimana n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altri sport praticati attualmente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di ore/settimana n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MALATTIE DI CUORE | SI | NO | MALATTIE POLMONARI | SI | NO | EPILESSIA | SI | NO |
| ICTUS (PARALISI) | SI | NO | ASMA BRONCHIALE | SI | NO | TUMORI | SI | NO |
| MORTE IMPROVVISA | SI | NO | ALLERGIA | SI | NO | ULCERA | SI | NO |
| COLESTEROLO ALTO | SI | NO | MALATTIE RENALI | SI | NO | MALATTIE GENETICHE | SI | NO |
| DIABETE | SI | NO | MALATTIE DEL SANGUE | SI | NO | MALATTIE AUTOIMMUNI | SI | NO |
| IPERTENSIONE | SI | NO | MALATTIE NERVOSE | SI | NO |  |  |  |
| OBESITA' | SI | NO | MALATTIE TIROIDEE | SI | NO |  |  |  |
| ALTRE MALATTIE |  |  |  |  |  |  | |  |

# NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vivente** |  |  | **Eta' attuale o di morte** | **Malattie ed eventuale causa di morte** |
| Nonno P | SI | NO |  |  |
| Nonna P | SI | NO |  |  |
| Nonna M | SI | NO |  |  |
| Nonna M | SI | NO |  |  |
| Padre | SI | NO |  |  |
| Madre | SI | NO |  |  |
| Fratello | SI | NO |  |  |
| Fratello | SI | NO |  |  |
| Sorella | SI | NO |  |  |
| Sorella | SI | NO |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |  |  |

Leggere attentamente le malattie sottostanti e nel caso uno dei familiari soffra o abbia sofferto di una delle malattie riportate di seguito barrare il SI, altrimenti barrare il NO

**NOTIZIE RIGUARDANTI L’ATLETA**

***Quante sigarette fuma al giorno?***\_\_\_\_\_da quanti anni ?\_\_\_\_\_in passato fumava ?\_\_\_\_da quanti anni ha smesso ?\_\_\_\_

***Quanto vino e/o birra beve al giorno?***\_\_\_\_ 0 litri\_\_\_\_ meno di 0.5 litri \_\_\_\_\_da 0.5 a 1 litro\_\_\_\_ oltre 1 litro

***Quanti caffè beve al giorno?***\_\_\_\_ 0 caffè\_\_\_\_ 1-3 caffè \_\_\_\_ da 3-5 caffè \_\_\_\_ oltre 5 caffè

**Atleta di sesso femminile** età prima mestruazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data ultima mestruazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soffre di disturbi del ciclo ? SI NO Assume anticoncezionali ? SI NO

***Le è mai stato riscontrato durante una visita medica:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MALATTIA CARDIACA | SI | NO |
| SOFFIO CARDIACO | SI | NO |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA | SI | NO |
| ARITMIE CARDIACHE | SI | NO |
| ALTRO | SI | NO |

***Sente attualmente o ha mai accusato nel passato qualcuno dei seguenti disturbi a riposo o durante sport?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO | SI | NO |
| CUORE CHE BATTE IN MANIERA IRREGOLARE | SI | NO |
| SVENIMENTI SINCOPI | SI | NO |
| CAPOGIRI | SI | NO |
| DIFFICOLTA' RESPIRO | SI | NO |
| AFFATICAMENTO SPROPORZIONATO ALLO SFORZO | SI | NO |
| ALTRI SINTOMI | SI | NO |

***Soffre o ha mai sofferto di:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FREQUENTI TONSILLITI | SI | NO | ANEMIA | SI | NO | GRAVI TENDINITI | SI | NO |
| MALATTIA REUMATICA | SI | NO | MALATTIE CUTANEE | SI | NO | PUBALGIA | SI | NO |
| FREQUENTI OTITI | SI | NO | GRAVI PROBL. DENTARI | SI | NO | TRAUMA CRANICO | SI | NO |
| BRONCOPOLMONITI | SI | NO | DIABETE | SI | NO | STITICHEZZA | SI | NO |
| PLEURITE | SI | NO | COLESTEROLO ELEVATO | SI | NO | LESIONI LEGAMENTI | SI | NO |
| TUBERCOLOSI | SI | NO | DIGESTIONE LENTA | SI | NO | MALATTIE DELLA TIROIDE | SI | NO |
| ASMA BRONCHIALE | SI | NO | INSONNIA | SI | NO | CEFALEA FREQUENTE | SI | NO |
| BRONCHITI ASMATICHE | SI | NO | MALATTIE INTESTINALI | SI | NO | EPILESSIA | SI | NO |
| ASMA DA SFORZO | SI | NO | EPATITE VIRALE | SI | NO | FRATTURE | SI | NO |
| RINITI ALLERGICHE | SI | NO | ULCERA | SI | NO | LUSSAZIONI | SI | NO |
| ALTRE ALLERGIE | SI | NO | MALATTIE RENALI | SI | NO | GRAVI DISTORSIONI | SI | NO |
| MENINGITE | SI | NO | SANGUE NELLE URINE | SI | NO | GRAVI STRAPPI MUSCOLARI | SI | NO |
| MONONUCLEOSI | SI | NO | INFEZIONI URINARIE | SI | NO | LESIONI MENISCALI | SI | NO |
| ANSIA | SI | NO | MALATTIE DEL SANGUE | SI | NO | ALTRO |  |  |

***E’mai stato operato?*** *SI NO Se si indicate il tipo di intervento chirurgico****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Attualmente sta assumendo farmaci, integratori alimentari, vitamine, fitofarmaci?*** SI NO

Se SI specificare quali e a quale dosaggio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Fauso di occhiali e/o di lenti a contatto?*** SI NO

**DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 23/06/86 :**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara di: essere non essere stato sottoposto a precedenti visite medico sportive.

A seguito dell’ultima visita medico sportiva, eseguita nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono non sono stato dichiarato idoneo alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dichiaro sotto la mia responsabilità, pena la nullità dell’atto, che lenotizie da me fornite con la presente scheda sono complete e veritiere.*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma dell’atleta (se maggiorenne)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del primo genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del secondo genitore nei casi previsti dalla legge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_