



## Promozione dell'attività motoria e Medicina dello Sport Accertamento idoneità specifica allo sport

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e nome dell'Atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

### Malattie riguardanti la famiglia

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

Malattie di cuore :  SI  NO Iperensione  SI  NO Diabete:  SI  NO TBC :  SI  NO

Tumori :  SI  NO Asma e malattie allergiche :  SI  NO Obesità :  SI  NO Sifilide :  SI  NO

Paralisi :  SI  NO Morti improvvise :  SI  NO

### Malattie riguardanti l' atleta

Quando la risposta è SI mettere una crocetta sul SI, quando la risposta è NO mettere una croce sul NO

Morbillo  SI  NO Epatite virale  SI  NO Disturbi mestruali  SI  NO Scoliosi  SI  NO

Varicella  SI  NO Otite  SI  NO Malattie intestinali  SI  NO Dorso curvo  SI  NO

Rosolia  SI  NO Sinusite  SI  NO Asma  SI  NO Piede piatto  SI  NO

Parotite  SI  NO Bronchite  SI  NO Eczema  SI  NO Scapole alate  SI  NO

Pertosse  SI  NO Polmonite  SI  NO Allergia  SI  NO Trauma cranico  SI  NO

Scarlattina  SI  NO Tonsillite  SI  NO Svenimento-vertigini  SI  NO Fratture  SI  NO

Anemia  SI  NO Pleurite  SI  NO Febbre reumatica  SI  NO Traumi sportivi  SI  NO

TBC  SI  NO Malattie di reni  SI  NO Malattie di cuore  SI  NO Lussazione dell'anca  SI  NO

Epilessia  SI  NO Enuresi (pipi a letto)  SI  NO Palpitazioni  SI  NO Diabete  SI  NO

### Ricoveri per intervento di :

Tonsille  SI  NO ; Adenoidi  SI  NO ; Ernia  SI  NO ; Appendicite  SI  NO ; Altro  SI  NO

Anni..... Anni..... Anni..... Anni..... Anni.....

Notizie particolari (tipo, decorso, cure,esiti) sulle malattie sopraindicate

.....

E' guarito completamente dalle malattie sopraindicate?  SI  NO Disturbi rimasti .....

Sta facendo cure?  SI  NO Quali e per quale motivo .....

Usa occhiali o lenti corneali  SI  NO per miopia  SI  NO ipermetropia  SI  NO

astigmatismo  SI  NO strabismo  SI  NO

E' stato in cura con busti correttivi  SI  NO ginnastica correttiva  SI  NO rialzo del piede  SI  NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma dell' atleta o di uno dei genitori se minorenni)