

**DA COMPILARSI IN MODO DETTAGLIATO A CURA DELL'ATLETA  
O DI UN GENITORE:**

Cognome e nome dell'atleta .....

Data e luogo di nascita dell'atleta .....

Residenza dell'atleta (Via e Città) .....

Sport per il quale viene richiesta la visita .....

Pratica sport come:  Amatore  Dilettante  Professionista

Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA

Sempre idoneo a tutte le visite medico – sportive precedenti

Idoneo dopo accertamenti (quali?) .....

Non idoneo in precedenti visite (motivo?) .....

**SE MAGGIORENNE**

Tipo e numero del documento dell'atleta .....

Telefono (preferibilmente cellulare): .....

**SE MINORENNE**

Cognome e nome del genitore che accompagna: .....

Tipo e numero del documento del genitore che accompagna: .....

Telefono del genitore (preferibilmente cellulare): .....

**MALATTIE DEI GENITORI, NONNI, FRATELLI/SORELLE**

Infarto .....  Ictus .....

Ipertensione arteriosa .....  Diabete .....

Colesterolo alto .....  Morte improvvisa giovanile .....

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

Peso kg ..... Statura cm .....

Nato da parto  Normale  Cesareo  Complicato .....

Fumatore  Mai fumato  Fuma dall'età di ..... anni Sigarette al giorno? .....

Ex fumatore (specificare per quanti anni ha fumato) .....

Beve caffè  Mai  Raramente  Saltuariamente  Sì, quanti al giorno? .....

Beve alcolici  Mai  Raramente  Saltuariamente  Ai pasti

Vaccinazioni: è in regola con le vaccinazioni?  SÌ  NO

In quale anno ha fatto l'ultimo richiamo antitetanica? .....

Porta occhiali o lenti corneali? SÌ  NO

Sì per... STRABISMO  IPERMETROPIA  ASTIGMATISMO

MIOPIA  PRESBIOPIA  RIPOSO VISIVO



---

**SOLO FEMMINE**

Ciclo mestruale:  non ancora mestruta  
 mestruta Età prima mestruazione .....

Ciclo mestruale regolare SI  NO

Disturbi mestruali .....

menopausa dall'età di .....

---

**MALATTIE DELL'ATLETA**

Non ho mai avuto gravi malattie

Malattie rilevanti che devono essere segnalate: allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, mal di testa, attacchi di aritmia cardiaca, malattie del cuore, ipertensione, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo.

Specificare le eventuali malattie: .....

---

**INTERVENTI CHIRURGICI**

Non sono mai stato sottoposto/a ad interventi chirurgici

Specificare gli eventuali interventi: .....

---

**TRAUMI**

Non ho mai avuto traumi di rilevante entità

Specificare gli eventuali traumi (es. fratture o distorsioni): .....

---

**DISTURBI LEGATI ALLO SFORZO FISICO**

Non ho mai avuto disturbi legati allo sforzo fisico

Specificare gli eventuali disturbi (es. palpitazioni, vertigini, svenimenti, crisi respiratorie e/o dolore toracico): .....

---

**STA ASSUMENDO FARMACI O FA USO DI FARMACI PER CURE A LUNGO TERMINE?**

NO  SI, specificare quali .....

---

**LEGGERE ATTENTAMENTE QUANTO SEGUE E PORRE DATA E FIRMA**

Il sottoscritto (o uno dei genitori dell'atleta o che fa le veci in caso di minorenni) dichiara sotto la propria responsabilità di aver informato il medico nel modo più completo e veritiero per quanto chiestogli sopra. Dichiara di essere stato adeguatamente informato e di aver pienamente recepito i rischi e i benefici di eventuali accertamenti richiesti. Da il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'equipe medico-sportiva e dei collaboratori del Poliambulatorio Agordino Srl sito in Loc. Valcozzena, 31/M 32021 Agordo (BL)(documento stilato nel rispetto della Legge 675/96).

Agordo, .....

Firma dell'atleta .....