

**ACCERTAMENTO PER IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT****Anamnesi familiare e personale**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Notizie riguardanti la famiglia**

Indicare nella casella i casi di famigliari (genitori, nonni, fratelli o sorelle) che sono stati o sono affetti dalle seguenti malattie:

Malattie Cardiache	SI	NO	TBC	SI	NO
Ipertensione	SI	NO	Tumori	SI	NO
Diabete	SI	NO	Asma e Malattie Allergiche	SI	NO

**Notizie riguardanti l'atleta**

Barrare le malattie passate o in atto:

Morbillo	SI	NO	Febbre Reumatica	SI	NO
Varicella	SI	NO	Anemia	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Malattie Cardiache	SI	NO
Parotite (orecchioni)	SI	NO	Malattie Renali	SI	NO
Pertosse (tosse canina)	SI	NO	TBC	SI	NO
Scarlattina	SI	NO	Malattie Intestinali	SI	NO
Lussazione Anca	SI	NO	Asma	SI	NO
Scoliosi	SI	NO	Eczema	SI	NO
Dorso Curvo	SI	NO	Allergia	SI	NO
Piede Piatto	SI	NO	Svenimento	SI	NO
Scapole Alate	SI	NO	Epilessia	SI	NO
Epatite Virale	SI	NO	Diabete	SI	NO
Otite	SI	NO	Trauma Cranico	SI	NO
Sinusite	SI	NO	Fratture	SI	NO
Polmonite	SI	NO	Distorsioni	SI	NO
Tonsilliti	SI	NO	Lussazioni	SI	NO
Pleurite	SI	NO	Altro .....	SI	NO

Interventi Chirurgici:

Tonsille	SI	NO	Adenoidi	SI	NO
Ernia	SI	NO	Appendicite	SI	NO

Se si, a che età? \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Notizie particolari (Tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate: \_\_\_\_\_

E' guarito/a completamente?	SI	NO
-----------------------------	----	----

Disturbi Rimasti: \_\_\_\_\_

Sta facendo cure?	SI	NO
-------------------	----	----

Quali e per quale motivo \_\_\_\_\_

Usa occhiali?	SI	NO	Lenti corneali?	SI	NO
---------------	----	----	-----------------	----	----

Per quale problema?

Miopia	<input type="radio"/>	Astigmatismo	<input type="radio"/>
Ipermetropia	<input type="radio"/>	Strabismo	<input type="radio"/>

E' stato in cura con:

Busti correttivi	SI	NO	Ginnastica correttiva	SI	NO
Rialzo al Piede	SI	NO	Altro .....	SI	NO

**Anamnesi Fisiologica:**

Fuma?	SI	NO
Da quanto tempo?.....	Quante sigarette al giorno .....	
Beve alcolici?	SI	NO
Quantità .....		

Attività professionale \_\_\_\_\_

Sport praticati \_\_\_\_\_

(Per le femmine) Prima mestruazione a \_\_\_\_\_ anni | Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Prima visita medico sportiva	SI	NO
Rinnovo	SI	NO

Nelle visite precedenti:

E' sempre stato dichiarato idoneo	SI	NO
E' stato dichiarato NON idoneo	SI	NO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(per atleta minorenni, nome del genitore)

(genitore di \_\_\_\_\_) dichiara sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta

\_\_\_\_\_  
O firma di un genitore per minori di 18 anni