**QUESTIONARIO PER VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA**

(Da compilarsi a cura del genitore degli atleti minorenni non accompagnati).

Si ricorda che è obbligatorio allegare delega scritta e copia del documento di identità del delegante e del delegato.

Si prega di allegare eventuale documentazione medica in possesso.

NOME E COGNOME DELL'ATLETA

1. E' mai stato giudicato non idoneo alla visita medico sportiva? **SI** **NO**

Se si specificare

.....
.....
.....

2. L'idoneità sportiva è attualmente sospesa per richiesta di esami integrativi? **SI** **NO**

Se si specificare

.....
.....
.....

3. Tra i familiari del ragazzo/a (genitori, fratelli, sorelle, nonni) ci sono stati casi di morte improvvisa prima del compimento del 40° anno? **SI** **NO**

Se si specificare

.....
.....
.....

4. Tra i familiari del ragazzo/a (genitori, fratelli, sorelle, nonni) ci sono stati casi di malattie ereditarie, diabete, patologie tiroidee, pressione alta, ictus o infarti? **SI** **NO**

Se si specificare

.....
.....
.....

5. Quali malattie infantili ha manifestato il ragazzo/a?

Varicella

Mononucleosi

Parotite

Morbillo

Scarlattina

Enteriti virali

Rosolia

Pertosse

Epatite B



6. Ha eseguito i cicli vaccinali previsti per legge in funzione dell'età? SI NO

Se sì specificare

.....
.....
.....

7. Ha subito interventi chirurgici? SI NO

Se sì specificare

.....
.....
.....

8. E' mai stato ricoverato in ospedale per cause non chirurgiche? SI NO

Se sì specificare

.....
.....
.....

9. Ha mai subito traumi o fratture? SI NO

Se sì specificare

.....
.....
.....

10. Assume abitualmente farmaci? SI NO

Se sì specificare

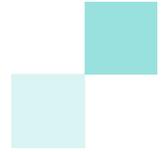
.....
.....
.....

11. E' mai svenuto senza motivo apparente durante o dopo una pratica sportiva? SI NO

Se sì specificare

.....
.....
.....

12. Ha mai subito un trauma cranico? SI NO



Se si specificare se con perdita di coscienza

.....
.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE:

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritto/a _____ titolare della responsabilità genitoriale del minore _____ dichiaro di aver informato esattamente il Medico riguardo alle condizioni di salute attuali e precedenti di mio figlio/a.

Data _____

Il titolare della responsabilità genitoriale

Firma del Medico per presa visione _____