

## 2.4 DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA SCHEDA SANITARIA

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

**Malattie riguardanti la famiglia:** Indicare con **X** i casi familiari (genitori, nonni, fratelli e sorelle) che sono stati o che sono affetti dalle seguenti malattie:

|                            | SI | NO |
|----------------------------|----|----|
| Malattie di cuore          |    |    |
| Iperensione                |    |    |
| Diabete                    |    |    |
| TBC                        |    |    |
| Tumori                     |    |    |
| Asma o malattie allergiche |    |    |

**Notizie riguardanti l'atleta:** Indicare con **X** i casi ricorrenti:

|                         | SI | NO |                    | SI | NO |                        | SI | NO |
|-------------------------|----|----|--------------------|----|----|------------------------|----|----|
| Morbillo                |    |    | Epatite virale     |    |    | Malattie intestinali   |    |    |
| Varicella               |    |    | Otite              |    |    | Asma                   |    |    |
| Rosolia                 |    |    | Sinusite           |    |    | Eczema                 |    |    |
| Parotite (orecchioni)   |    |    | Polmonite          |    |    | Allergie               |    |    |
| Pertosse (tosse canina) |    |    | Tonsillite         |    |    | Svenimenti             |    |    |
| Scarlattina             |    |    | Pleurite           |    |    | Epilessia              |    |    |
| Lussazione dell'anca    |    |    | Febbre Reumatica   |    |    | Diabete                |    |    |
| Scoliosi                |    |    | Anemia             |    |    | Enuresi (pipì a letto) |    |    |
| Dorso curvo             |    |    | Malattie del cuore |    |    | Trauma cranico         |    |    |
| Piede piatto            |    |    | Malattie dei reni  |    |    | Fratture               |    |    |
| Scapole alate           |    |    | TBC                |    |    | Traumi sportivi        |    |    |

**Ricoveri per intervento di:** Indicare con **X** i casi ricorrenti:

|             | SI | NO | A che età? | Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) |
|-------------|----|----|------------|--|
| Tonsille    |    |    |            |  |
| Adenoidi    |    |    |            |  |
| Ernia       |    |    |            |  |
| Appendicite |    |    |            |  |
| Altro       |    |    |            |  |

|                           | SI | NO | Se <b>no</b> indicare i disturbi |
|---------------------------|----|----|----------------------------------|
| E' guarito completamente? |    |    |                                  |

|                   | SI | NO | Se <b>si</b> indicare quali cure e per quale motivo |
|-------------------|----|----|---|
| Sta facendo cure? |    |    |   |

**Usa occhiali ?** : Indicare con **X** i casi ricorrenti

|                | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Miopia         |    |    |
| Ipermetropia   |    |    |
| Astigmatismo   |    |    |
| Strabismo      |    |    |
| Lenti corneali |    |    |

**E' stato in cura con busti correttivi?** : Indicare con **X** i casi ricorrenti

|                       | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| Ginnastica correttiva |    |    |
| Rialzo al piede       |    |    |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_  
(nome e cognome dell'atleta o del genitore se minorenni) (nome e cognome dell'atleta se minorenni, altrimenti lasciare vuoto)

dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'atleta o del genitore (se minorenni) \_\_\_\_\_

## 2.4 DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA SCHEDA SANITARIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

**NON È/ È** stato sottoposto a precedenti visite medico – sportive di legge.

A seguito dell'ultima visita medico – sportiva di legge, eseguita nell'anno \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

È stato dichiarato **IDONEO/NON IDONEO** alla pratica sportiva agonistica per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

DATA

firma dell'atleta o di uno dei genitori (se minorenne)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.B.: La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la responsabilità dell'atleta o dei genitori (in caso di minore) a pena della nullità dell'atto.