

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER I PRATICANTI DI ☐ **SPORT NON AGONISTICI** ☐ **SPORT AGONISTICI**

L'Atleta (Cod. ident. paziente)

 **Cognome e Nome** **Nato/a a** **Data di nascita**

Residente a **Prov.** **Indirizzo**

Documento di Identità e numero **rilasciato da** **in data** **Data scadenza**

Codice Fiscale **Tel.** **Email**

 **Sport per cui è stata richiesta la visita medica**

Data 1^ visita **Visite successive**

Eventuale Società Sportiva di appartenenza

Eventuali altri sport praticati

ANAMNESI

 **Familiare**

Fisiologica

Fumo ☐ **SI** **Se "SI" nr. sigarette (anche elettroniche) al giorno** **Alcool** ☐ **SI** **Data prima mestruazione**

☐ **NO** ☐ **NO** **Data ultima mestruazione**

Malattie sofferte **Interventi chirurgici** **Infortuni**

Nomi dei farmaci di uso corrente

ALLEGATI

 ☐ **Consenso informato all'esecuzione di test ergometrico finalizzato alla certificazione di idoneità sportiva e se interessato/a ad eseguirla.**

Dichiara

 **di avere informato** esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato/a dichiarato/a non idoneo/a in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato/a informato/a dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Luogo e data

L'interessato/a o, se minorenne*, il genitore.

* In caso di minore è necessaria la firma del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale.