

COGNOME E NOME DELL'ATLETA _____

NATO A _____ IL _____ ETA' _____ SESSO M F

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

DOC . ID NR _____ RILASCIATO DA _____

SPORT PER CUI E' RICHIESTA LA VISITA DI IDONEITA' _____

HA EFFETTUATO PRECEDENTI VISITE PER IDONEITA' PORTIVA ? SI NO

QUANDO ? _____ ESITO _____

SE RITENUTO NON IDONEO , SPECIFICARE IL MOTIVO _____

ANAMNESI FAMILIARE:

Patologie cardiache	SI NO	Morte improvvisa	SI NO
Ipertensione	SI NO	Epatopatie	SI NO
Nefropatie	SI NO	Asma	SI NO
Diabete	SI NO	Ipercolesterolemia/Ipertrigliceridemia	SI NO
Allergie	SI NO	Quali:	
Morbillo	SI NO	Varicella	SI NO
Rosolia	SI NO	Orecchioni	SI NO
Pertosse	SI NO	Scarlattina	SI NO

ANAMNESI FISIOLÓGICA :

Peso kg Altezza cm Professione: _____

INTERVENTI CHIRURGICI :

Tonsille SI NO Adenoidi SI NO Ernie SI NO Appendice SI NO

Altro da specificare _____

Firma Atleta (o maggiore responsabile)

Data,