

REGIONE VENETO
U.L.S.S. 5 - OVEST VICENTINO
SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Montecchio Magg. - Via Giuriolo, 7 - tel. 0444 703512

Valdagno - Via Galilei, 3 - tel. 0445 423165

ACCERTAMENTO IDONEITÀ SPECIFICA ALLO SPORT

COGNOME E NOME _____ NATO IL _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nella casella i casi di familiari (genitori - nonni - fratelli e sorelle) che sono affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore si no ; Ipertensione si no ; Diabete si no ; Tbc si no ; Tumori si no ;
Asma e malattie allergiche si no

MALATTIE RIGUARDANTI L'ATLETA (Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte)

Morbillo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epatite virale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tbc	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Varicella	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Otite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie intestino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Rosolia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sinusite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Asma	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Polmonite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Eczema	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Pertosse (tosse canina)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tonsilliti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Allergia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Scarlattina	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Pleurite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Svenimento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lussazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epilessia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Scoliosi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Anemia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Piede piatto	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie di reni	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Fratture accidentali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Scapole alate	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				

TRAUMI SPORTIVI

Fratture si no ; Distorsioni si no ; Strappi muscolari si no

RICOVERI PER INTERVENTO

Tonsille si no ; Adenoidi si no ; Ernia si no ; Appendicite si no ; Altro si no
anni _____ anni _____ anni _____ anni _____ anni _____

NOTIZIE PARTICOLARI (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate _____

Stia facendo cure? si no quali e per quale motivo _____

È guarito completamente? si no disturbi rimasti _____

OCCHIALI si no ; LENTI CORNEALI si no ; per miopia si no ; Ipermetropia si no ; Astigmatismo si no ; Strabismo si no

È stato in cura con busti correttivi si no ; ginnastica correttiva si no ; Rialzo al piede si no

IL SOTTOSCRITTO

(per i minorenni: genitore di
nell'esercizio della patria potestà)

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

Non è mai stato dichiarato non idoneo. Si impegna a non fare uso di droghe riconosciute illegali.

Chiede che lo stesso/il figlio/a venga sottoposto a visita di idoneità e dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti.

Esprime inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data