

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. Sanità 18-2-1982)

Data, _____

La Società Sportiva _____

con sede in _____ via _____ n° _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

dal _____ chiede che il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____ via _____ n° _____

Tessera Sanitaria N. _____

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport _____

prima affiliazione

rinnovo

Firma del Presidente
o timbro della Società

LEGGERE ATTENTAMENTE:

N.B. L'Atleta deve presentarsi presso l'Ambulatorio di Medicina dello Sport il giorno _____

alle ore _____ munito di: _____

- 1) Libretto Sanitario;
- 2) Boccetta con le urine del mattino;

I maggiorenni devono portare un documento di riconoscimento.

Per i minorenni i genitori devono compilare in tutte le sue parti la facciata B.

E' importante che gli atleti accedono all'Ambulatorio vestiti con tuta e scarpette ginniche, (le ragazze non devono indossare calze di nylon o calze-maglia).

Il ticket va pagato prima dell'effettuazione della visita.

SE IN DIFETTO DI QUANTO SOPRA L'ATLETA DOVRA' ESSERE RIPRENOTATO.

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
RELATIVI AI DATI ANAMNESTICI DELL'ATLETA
DI ETA' INFERIORE A 18 ANNI**

DATI DELL'ATLETA

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ Residente a _____

via _____ N. Telefono _____

MALATTIE DEI BAMBINI: _____

INTERVENTI CHIRURGICI: _____

L'ATLETA SOFFRE DI: asma bronchiale SI NO _____ diabete SI NO

Altre malattie importanti con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri: _____

Dichiaro di non aver taciuto alcuna malattia pregressa, e di non essere a conoscenza che il minore faccia uso di droga o sia dedito all'abuso dell'alcol.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

N. documento riconoscimento del genitore