



Se sì, erano presenti alterazioni? NO  SI  Se **sì**, quali .....

|                              |                                |                                 |                                      |                                   |   |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Dieta                        | Varia <input type="checkbox"/> | Vegana <input type="checkbox"/> | Vegetariana <input type="checkbox"/> | Speciale <input type="checkbox"/> | .....   |
| Fumo                         |                                | NO <input type="checkbox"/>     | EX <input type="checkbox"/>          | SI <input type="checkbox"/>       | Quante sigarette al giorno e da quanto tempo..... |
| Beve alcolici                |                                | NO <input type="checkbox"/>     |                                      | SI <input type="checkbox"/>       | quanto?   |
| Beve caffè/the/coca-cola     |                                | NO <input type="checkbox"/>     |                                      | SI <input type="checkbox"/>       | quanto?   |
| Età prima mestruazione ..... | anni                           |                                 | Data ultima                          | mestruazione .....                | / .....   |
| Anomalie del ciclo mestruale |                                | NO <input type="checkbox"/>     |                                      | SI <input type="checkbox"/>       | note .....  |
| Gravidanze                   |                                | NO <input type="checkbox"/>     |                                      | SI <input type="checkbox"/>       |   |

### ANAMNESI PATOLOGICA

Attualmente ha problemi di salute? NO  SI

Ha sempre goduto di buona salute? NO  SI

**Ha sofferto / Soffre di:**

|                         |                             |                             |                                 |                             |                             |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Allergie                | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Diabete mellito                 | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Colesterolo elevato             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Altre mal. respiratorie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie gastro-intestinali     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Otiti/Sinusiti          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie del fegato/vie biliari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Anemia                  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie dei reni/vie urinarie  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Epilessia               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie muscolo-scheletriche   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Svenimenti              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie neurologiche           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie di cuore       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie tiroidee               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Palpitazioni            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Altre malattie endocrine        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Dolore toracico         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Neoplasie (Tumori)              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Vertigini               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie psichiatriche          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie oculari        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Alterazioni alvo/diuresi        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Pressione elevata       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Disturbi del sonno              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Note:.....  
.....

Ha subito: **ricoveri** ospedalieri? NO  SI  **interventi chirurgici?** NO  SI

Se **sì**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età: .....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO  SI

Se **sì**, indicare tipo di lesione ed età: .....

Usa plantari/talloniere NO  SI  motivo: .....

Usa occhiali/lenti a contatto NO  SI  motivo: .....

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (ove necessario supportati da documentazione sanitaria accessoria), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di essere a conoscenza che alcol e fumo danneggiano la salute. Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità.

Luogo e data.....

Firma del dichiarante.....

Se minore: Il genitore.....

Legale rappresentante .....

Tutore .....

Esercente la potestà genitoriale .....