

**SCHEDA ANAMNESTICA PER ATTIVITA' SPORTIVA
NON AGONISTICA**

COGNOME E NOME: _____ **TELEFONO/CELL.:** _____
DATA E LUOGO DI NASCITA: _____
RESIDENZA (VIA E CITTA'): _____ **CAP** _____
EMAIL _____

Ha mai fatto attività sportive agonistiche? ☐ No ☐ Sì; per quali sport? _____

Che attività non agonistica svolge? _____

Ha o ha avuto genitori, nonni, fratelli o sorelle con queste patologie? (se sì, specificare la parentela)

☐ Infarto ☐ Ictus
☐ Ipertensione arteriosa ☐ Diabete
☐ Colesterolo alto ☐ Morte improvvisa GIOVANILE
☐ Altro _____

Ha mai avuto malattie di una certa importanza? ☐ No ☐ Sì (specificare)

E' mai stato sottoposto/a a interventi chirurgici? ☐ No ☐ Sì (specificare)

Ha mai avuto traumi rilevanti? ☐ No ☐ Sì (specificare)

Ha mai avuto disturbi da sforzo che l'hanno particolarmente preoccupato/a? ☐ No ☐ Sì (specificare)

Sta assumendo farmaci? ☐ No ☐ Sì (specificare)

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato esattamente il medico circa le sue attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Dichiara inoltre di avere pienamente recepito la modalità di esecuzione, i rischi e i benefici dell'eventuale test ergometrico e dà il proprio consenso all'esecuzione dello stesso allo scopo di accertare l'idoneità sportiva.

Da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o, se minorenne, di uno dei genitori o chi per loro.

Data ____ / ____ / ____

Firma
