



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE:  
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO**

Si raccomanda di leggere, la compilazione e la firma in ogni parte di carta attentamente (vedi fogli 4)

Il medico deve essere consapevolmente informato (datore del consenso) di tutte le domande e finalità del questionario e dell'assunzione di responsabilità genitoriale (vedere foglio 4).

In caso di dubbi sulla risposta, si consiglia di farsi chiarimenti da parte del medico al momento della visita. I consensi vengono dati esclusivamente in presenza del genitore e dell'atleta e dell'assunzione di responsabilità genitoriale (vedere foglio 4).

In assenza del genitore o del tutore legale non sarà effettuato il visita.

Io sottoscritto/a:  Codice Fiscale:

GENITORE o Esecutore la responsabilità genitoriale dell'ATLETA:

nato/a:  Prov.:  e

relativa/a: (del genitore o esecutore la responsabilità):

L'atleta è stato adottato/a altro? NO  SI  Se SI, a che età?

È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO  SI

Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO  SI

Il mio risultato NON idoneo? NO  SI  Se SI, perché?

Nome da padre? Naturale NO  SI  Cesareo NO  SI  Gemellare NO  SI

Prenatale NO  SI  Complicato: NO  SI

Età del primo ciclo mestruale se femmina:

Esegue annualmente bilancio della salute da medico curante/genitore? NO  SI

**5. INFORMAZIONI SANITARE SULLA FAMIGLIA DELL'ATLETA - Genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta, zingari e zingaresse, amici di parente.**

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO  SI

Malattia cuore	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Pressione alta	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Alcol	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Artrosi	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Infarto	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Problemi renali	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Colesterolo alto	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Diabete	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Problemi tiroide	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	DA? <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Molti improvvisati?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Se SI, DA e a che età? <input type="text"/>	<input type="text"/>
Altri	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>