



Soffre di asma? NO  SI'

Soffre di allergie? NO  SI'

Se sì indicare se Agli alimenti  A piante, erbe, pollini

SE FEMMINA menarca (prima mestruazione) anni ..... ultima mestruazione data.....

Potrebbe essere in stato di gravidanza? NO  SI'

E' mai stato ricoverato in Ospedale? NO  SI'

Se sì specificare il motivo del ricovero .....

.....

Ha mai subito Fratture  Distorsioni

Se sì indicare quali .....

Ha problemi di vista? NO  SI'

Se sì indicare quali .....

Soffre di qualche patologia? NO  SI'

Diabete  Iperensione  Ipercolesterolemia  Altro  .....

Assume farmaci? NO  SI'  Se sì indicare quali .....

E' allergico a farmaci? NO  SI'  Se sì indicare quali .....

Fuma? NO  SI'  N° sigarette al giorno .....

Beve Alcoolici? NO  SI'  Quantità al giorno .....

E' stato sottoposto ad accertamenti di II livello in precedenti visite sportive? NO  SI'

Se sì Ecocardio  Holter ECG  Altro  .....

Attualmente STA BENE? SI'  NO

Se no specificare i problemi .....

Attualmente pratica regolarmente attività sportiva? SI'  NO  Quante volte alla settimana? .....

Se maggiorenne **Firma dell'atleta**

Se minorenne **Firma del genitore o esercente la patria potestà**

**Data** .....