

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	Data 04-03-2025
		MR PD 36_01
SSD Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Fisica		Rev. n. 02

La Società Sportiva A.P.D. BELLARIA IGEA MARINA 1956

nella persona del **Presidente / Responsabile** IONNI FABIO

con sede sociale in via PINZON n. 252 Città BELLARIA IGEA MARINA

Telefono 3703560610 Fax _____ e-mail segreteria@bellariaigeamarina1956.it

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale FIGC - CSI - UISP

Richiede per l'Atleta _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ C.F. _____

☐ **Prima visita** ☐ **Rinnovo del certificato (Scadenza il _____)**

per lo sport _____

dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati

Data, _____

Timbro della Società
(firma in originale)

A.P.D. BELLARIA IGEA MARINA 1956
VIALE PINZON, 252 - TEL. 0541 084871
47814 - BELLARIA IGEA MARINA
P.iva : 03523970402

Il Presidente



ALL'ATTO DELLA VISITA L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI CON:

1. Il presente modulo compilato in ogni sua parte e firmato IN ORIGINALE, il tutto a cura del Presidente o delegato della Società Sportiva di appartenenza (non si accettano fotocopie e compilazioni in sede da parte degli accompagnatori)
2. Documento di identità dell'atleta in corso di validità qualunque sia l'età
3. Referto dell'esame delle urine completo dei dati anagrafici dell'atleta, eseguito al massimo, entro 30 giorni prima della data di effettuazione della visita
4. Libretto verde dello sportivo, qualora lo si possieda già.
5. Qualsiasi altra documentazione clinico-diagnostica ritenuta utile
6. Per gli atleti diversamente abili la certificazione di disabilità completa della diagnosi e quindi priva di omissis

Gli atleti minorenni devono essere obbligatoriamente accompagnati da un genitore o altro con responsabilità genitoriale. In alternativa qualsiasi altro accompagnatore deve essere munito di delega unitamente a documento di delegate e delegato.

Il mancato rispetto di queste indicazioni e dell'orario previsto non assicura l'esecuzione della prestazione e la conseguente riprogrammazione attraverso i canali CUP aziendali

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO
PER ATLETI MINORENNI**

Data 02-05-2018

MR PD 36_02

Rev. n. 00

Questionario anamnestico per atleti minorenni da compilare e firmare da parte di un genitore o di un suo legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

a _____ residente a _____

via _____ tel. _____

Società sportiva _____ sport praticato _____

- C'è qualche membro della sua famiglia (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) che è affetto da:
Diabete – Ipertensione – Ipercolesterolemia – Malattie cardiovascolari o altre malattie importanti?

☐ SÌ

☐ NO

Quali? _____

- C'è qualche membro della sua famiglia che è deceduto prima dei 50 anni, oppure improvvisamente?
(se sì, specificare la causa e il grado di parentela)

☐ SÌ

☐ NO

- E' nato da parto normale, a termine dei 9 mesi?
(se no, specificare) _____

☐ SÌ

☐ NO

- Fuma? (se sì, quante sigarette _____)

☐ SÌ

☐ NO

- Beve caffè? (se sì, quanti _____)

☐ SÌ

☐ NO

- Beve alcolici? (se sì, abitualmente o saltuariamente)

☐ SÌ

☐ NO

- E' mai stato ricoverato in ospedale?

(se sì, per quale motivo _____)

☐ SÌ

☐ NO

- Ha mai subito interventi chirurgici?

(se sì, quali _____)

☐ SÌ

☐ NO

- Le hanno mai trovato soffi al cuore o altre anomalie cardiache?

(se sì, quali? _____)

☐ SÌ

☐ NO

- Ha mai sofferto di vertigini, palpitazioni, svenimenti, dolori al torace?

(se sì, specificare quali e la causa _____)

☐ SÌ

☐ NO

- Ha sofferto di frequenti tonsilliti?

☐ SÌ

☐ NO

- Ha sofferto di frequenti otiti?

☐ SÌ

☐ NO

- E' allergico a qualche sostanza?

(se sì, a quali sostanze _____)

☐ SÌ

☐ NO

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ATLETI MINORENNI	Data 02-05-2018 MR PD 36_02 Rev. n. 00
Dipartimento di Sanità Pubblica		

- Ha mai sofferto d'asma? ☐ SI ☐ NO
- Ha mai sofferto di malattie del sistema nervoso (convulsioni, epilessia, depressione, ansia)?
 Specificare quali _____ ☐ SI ☐ NO
- Ha mai riportato gravi infortuni dell'apparato muscolo-scheletrico?
 Es. fratture, rotture, legamenti, lussazioni, ecc.
 (se sì, quali _____) ☐ SI ☐ NO
- Negli ultimi mesi ha avuto qualche malattia?
 (se sì, quale? _____) ☐ SI ☐ NO
- Le hanno mai trovato negli esami del sangue il colesterolo, la glicemia o altri valori alterati?
 (se sì, quali? _____) ☐ SI ☐ NO
- Ha mai avuto disturbi durante l'attività fisica?
 (se sì, quali? _____) ☐ SI ☐ NO

Il sottoscritto dichiara di avere informato esattamente il medico, delle sue attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, di non far uso di droghe o sostanze illegali e di essere informato sui pericoli del fumo e dell'alcool.

Data _____

(firma del dichiarante)*

*specificare il grado di parentela con il minore _____