

(UOMINI E DONNE) ALLEGATO A
DISCIPLINE A CONTATTO PIENO

Dichiarazione pre-gara per atleti che partecipano in discipline a contatto pieno

Luogo e data del combattimento: _____

Tipo di riunione (es.: normale, campionato, ecc.): _____

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA DELL'ATLETA

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Nazionalità: _____ ASD/Società/Team: _____

N° tessera e/o licenza: _____ Rilasciata da: _____

Peso: _____ Data dell'ultimo combattimento: _____ verdetto: _____

Data dell'ultimo combattimento in sport affini (pugilato, ecc.): _____ verdetto: _____

Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente? (Scrivere Sì / No nelle parentesi)

1. Mal di testa () / ()

2. Vertigini () / ()

3. Nausea o vomito () / ()

4. Visione doppia o offuscata () / ()

5. Svenimento e/o perdita di coscienza () / ()

6. Convulsioni () / ()

Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni ? () / ()

Se sì, quali? _____

Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni ? () / ()

Se sì, cosa? _____

Data: _____ Firma dell'atleta: _____

DOMANDE PER IL TECNICO O DIRIGENTE DEL TEAM/ASD/SOCIETÀ'

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Nazionalità: _____ Team/ASD/Società: _____

N° tessera e/o licenza: _____ Rilasciata da: _____

Hai notato ultimamente cambiamenti nell'atleta riguardo i seguenti punti ?

(Scrivere Sì / No nelle parentesi)

1. Attenzione o concentrazione () / ()

2. Memoria () / ()

3. Linguaggio () / ()

4. Comportamento () / ()

5. Allenamento (velocità) () / ()

Se sì, quali ? _____

Data: _____ Firma del tecnico o dirigente: _____

Per presa visione del medico (specialista in medicina dello sport) che effettua la visita pre-gara

Data: _____ Timbro e firma del medico: _____

Da consegnare in busta chiusa al MEDICO VISITA PRE-GARA