



Associazione Sportiva Dilettantistica APOLLINARESE F.T.

PIAZZA S.APOLLINARE,1 - 45100 S.APOLLINARE (RO) - REC. POSTALE. VIA RISORGIMENTO, 5 - 45100 S.APOLLINARE (RO)
COD.FISC.:01142590296 - UFF.REG.RO NR.5523 DEL 14/07/99 E AG.ENTRATE RO NR.1650 DEL 17/05/05

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

L'A.S.A.F. (Associazione Sportiva Apollinarese Fenil del Turco), con la presente

Chiede

di sottoporre a visita medico sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA DELLA PALLAVOLO,
la/il propria/o atleta:

Nome _____ Cognome _____
nata/o a _____ il _____
residente in _____ via _____

regolarmente tesserata/o con la Ns. associazione e che pratica la disciplina sportiva della pallavolo
CAT. _____.

Cordiali saluti.

S. Apollinare, _____

Il Presidente dell'A.S.A.F.
(Sandro Massarotto)

ACCERTAMENTO DI IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

Cognome e Nome Data di nascita Attività sportiva

Anni di pratica sportiva agonistica Mesi trascorsi dall'inizio degli allenamenti

Ore settimanali di attività sportiva agonistica (compresa la gara). Ore di ginnastica a scuola

Studente (anno e tipo di scuola) Lavoratore (tipo di lavoro e ore settimanali lavorative)

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA: barrare affermativamente o negativamente se uno dei vostri familiari (genitori, fratelli, nonni) sia o non sia stato affetto dalle seguenti malattie:

MALATTIE DI CUORE	SI	NO	MALATTIE POLMONARI	SI	NO	OBESITÀ	SI	NO
MORTE IMPROVVISA	SI	NO	MALATTIE RENALI	SI	NO	VARICI	SI	NO
IPERTENSIONE (pressione alta)	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO	ULCERA	SI	NO
COLESTEROLO e/o			MALATTIE DEL FEGATO	SI	NO	TUMORI	SI	NO
TRIGLICERIDI ALTI	SI	NO	MALATTIE NERVOSE	SI	NO	ALLERGIE	SI	NO
DIABETE	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO	ASMA	SI	NO
			ALTRE MALATTIE	SI	NO	EMORRAGIA CEREBRALE	SI	NO

Quali e chi

Vaccinazione Antitetanica - ultimo richiamo data

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA ANAMNESI CARDIOLOGICA

- Soffre o ha mai sofferto di:

- MALATTIE DI CUORE	SI	NO
- SOFFI AL CUORE	SI	NO
- IPERTENSIONE (pressione alta)	SI	NO
- ARITMIE (battito irregolare)	SI	NO

- Durante la sua vita ha mai accusato:

- DOLORE AL PETTO	SI	NO
- COSTRIZIONE TIPO A SBARRA O A MORSA AL CENTRO DEL TORACE	SI	NO
- SENSAZIONE DI PERDITA DI UN BATTITO	SI	NO
- SVENIMENTO	SI	NO
- VERTIGINI	SI	NO

- In condizioni di riposo ha mai accusato:

- EPISODI DI IMPROVVISA ACCELERAZIONE DEL BATTITO CARDIACO	SI	NO
- DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE	SI	NO

- È mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici?

SI NO

Se sì, quali

.....

.....

TRAUMI SPORTIVI E NON SPORTIVI

FRATTURE	SI	NO:
STRAPPI MUSCOLARI	SI	NO:
DISTORSIONI	SI	NO:
LUSSAZIONI	SI	NO:
TENDINITI - BORSITI	SI	NO:
TRAUMI CRANICI	SI	NO: con perdita dei sensi SI NO giorni di ricovero
ALTRI TRAUMI	SI	NO:

MALATTIE

MORBILLO	SI	NO	EPATITE VIRALE	SI	NO	MAL. INTESTINO	SI	NO
VARICELLA	SI	NO	ALLERGIA	SI	NO	GASTRITE	SI	NO
PAROTITE (orecchioni)	SI	NO	ASMA	SI	NO	ULCERA	SI	NO
ROSOLIA	SI	NO	ASMA da esercizio fisico	SI	NO	EMORROIDI	SI	NO
PERTOSSE (tosse cattiva)	SI	NO	ECZEMA	SI	NO	CALCOLI	SI	NO
TONSILLITI	SI	NO	MALATTIE della PELLE			DIABETE	SI	NO
FEBBRE REUMATICA	SI	NO	(funghi, verruche)	SI	NO	COLESTEROLO e/o		
DOLORI REUMATICI	SI	NO	MALATTIE della TIROIDE	SI	NO	TRIGLICERIDI	SI	NO
OTITE	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO	ACIDO URICO ALTO	SI	NO
SINUSITE	SI	NO	ANEMIA	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO
POLMONITE	SI	NO	SANGUINAMENTI FREQUENTI			CONVULSIONI	SI	NO
PLEURITE	SI	NO	(naso, gengive)	SI	NO	SCOLIOSI	SI	NO
TUBERCOLOSI	SI	NO	PROBLEMI DENTARI			PIEDE PIATTO	SI	NO
MONONUCLEOSI	SI	NO	(ascessi, protesi, apparecchi)	SI	NO	PROBLEMI ORTOPEDICI	SI	NO
			MAL DI TESTA FREQUENTI	SI	NO			

INTERVENTI CHIRURGICI

TONSILLE	SI	NO	ERNIA	SI	NO	MENISCO	SI	NO
ADENOIDI	SI	NO	VARICOCELE	SI	NO	LIGAMENTI GINOCCHIO	SI	NO
APPENDICITE	SI	NO	SETTO-PLASTICA			ALTRI INTERVENTI		
			(deviazione del setto nasale)	SI	NO	CHIRURGICI	SI	NO
						Quali?		

CURE ORTOPEDICHE

GINNASTICA CORRETTIVA	SI	NO	SCARPE ORTOPEDICHE	SI	NO	DOCE GESSATE (gessi)	SI	NO
BUSTI CORRETTIVI	SI	NO	RIALZI AL PIEDE e/o					
			plantari correttivi	SI	NO			

OCCHIALI E LENTIA CONTATTO

Fa uso di occhiali e/o lenti a contatto?	SI	NO						
MIOPIA	SI	NO	STRABISMO	SI	NO	PRESBIOPIA	SI	NO
ASTIGMATISMO	SI	NO	IPERMETROFIA	SI	NO			

ANAMNESI FISILOGICA

NASCITA PREMATURA	SI	NO	IDONEITÀ AL SERVIZIO MILITARE (sesso maschile)				SI	NO
- Accusa digestione difficile, pesantezza e sonnolenza dopo i pasti?				SI	NO	Soffre d'insonnia	SI	NO
- Accusa bruciori o difficoltà mentre urina?				SI	NO			
- Soffre di stitichezza	SI	NO	Si ritiene una persona nervosa?	SI	NO			
- È in terapia con farmaci	SI	NO	Se sì, quali?					

MESTRUAZIONI (sesso femminile)

- Data della prima mestruazione (o anni di età)			Data dell'ultima mestruazione					
- Il ciclo mestruale è regolare?	SI	NO	- Il flusso mestruale è normale?				SI	NO
- Accusa mai forti dolori durante il ciclo mestruale?				SI	NO			
- Assume anticoncezionali?	SI	NO	- Pratica regolarmente l'autopalpazione del seno?				SI	NO
- È MAI STATO SOSPESO DALL'ATTIVITÀ SPORTIVA IN PRECEDENTI VISITE MEDICO-SPORTIVE?							SI	NO
PER QUALI MOTIVI?								

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di anni 18) dichiara sotto la propria responsabilità di aver informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie.

Dichiara inoltre che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Dichiara infine di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO da una qualsiasi struttura pubblica o privata.

Data

Firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori di anni 18

Doc. Identità

Tessera Sanitaria