



Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti

Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA dello SPORT



DELEGA ENTRAMBI GENITORI PER ATLETA MINORENNE

DATI GENITORE O ESERCENTE LA PATRIA PODESTA'

PADRE MADRE TUTORE

Cognome e nome _____
nato a _____ (_____) il _____ Età _____
residente _____ (_____) via _____ n _____
Tel. _____ CELLULARE _____

DATI GENITORE O ESERCENTE LA PATRIA PODESTA'

PADRE MADRE TUTORE

Cognome e nome _____
nato a _____ (_____) il _____ Età _____
residente _____ (_____) via _____ n _____
Tel. _____ CELLULARE _____

AUTORIZZIAMO E DELEGHIAMO

il/la sig. _____ grado di parentela _____
documento di riconoscimento _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____
ad accompagnare nostro figlio minorenni _____, dal momento che
entrambi noi genitori in data odierna siamo impossibilitati ad accompagnare lo stesso.

DICHIARIAMO

sotto la nostra responsabilità che le notizie fornite tramite il modulo anamnestico da noi compilato ed inviato in allegato, sono complete e veritiere. Siamo altresì consapevoli che il certificato di idoneità sportiva non verrà rilasciato fin quando la documentazione non verrà conclusa, e passati i 60 giorni dalla data della visita, se ancora incompleta, verrà comunicata agli organi competenti la non idoneità.

Esprimiamo, inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i nostri dati e quelli di nostro figlio, personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Sono stato messo al corrente che :

- Per gli atleti sotto i 35 anni di età è prevista l'effettuazione dello STEP-TEST, consistente nel salire e scendere uno sgabello, di altezza variabile in base al sesso ed all'età; che verrà eseguito un ECG a riposo e dopo lo sforzo.

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato che:

- Durante l'esame potrebbero insorgere dei disturbi (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, debolezza, palpitazioni) e di questi avvertire immediatamente il personale medico ed infermieristico,
- Che, anche se condotta secondo le più moderne conoscenze mediche, ci sono rischi legati all'indagine, in casi molto rari possono insorgere aritmie o fugaci svenimenti e in casi eccezionali un infarto del miocardio o arresto cardiaco.
- Che la non esecuzione dell'indagine implica incompletezza dell'iter diagnostico e quindi non corretta formulazione del giudizio finale.

Avendo letto e compreso quanto sopra ed ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento, acconsento a sottopormi alle prove.

Allego:

1. copia del documento di entrambi i genitori e del delegato.
2. copia del documento e tessera sanitaria del minore.
3. modulo anamnestico del minorenne .

data/...../.....

firma MADRE _____

firma PADRE _____

firma DELEGATO _____



Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti

Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA dello SPORT



ANAMNESI PER IDONEITA' SPORTIVA ATLETA MINORENNE

DATI GENITORE O ESERCENTE LA PATRIA PODESTA' PADRE MADRE TUTORE

Cognome e nome _____

nato a _____ (_____) il _____ Età _____

DATI GENITORE O ESERCENTE LA PATRIA PODESTA' PADRE MADRE TUTORE

Cognome e nome _____

nato a _____ (_____) il _____ Età _____

DATI ATLETA MINORENNE

Cognome e nome _____

nato a _____ (_____) il _____ Età _____

residente _____ (_____) via _____ n _____

sport. _____ Tesserato presso la Soc. Sport _____

TABELLA ANAMNESTICA ATLETA

N.B. nella tabella di seguito barrare la risposta scelta

1 - Ho sofferto di					
Malattie del cuore	si no	Allergie	si no	Anemia	si no
Pressione alta	si no	Asma bronchiale	si no	Mal. Neurologiche	si no
Colesterolo	si no	Altre mal. Respiratorie	si no	Epilessia	si no
Vertigini	si no	Malattie tiroide	si no	Otiti/sinusiti	si no
Svenimenti	si no	Diabete mellito	si no	Disturbi visivi	si no
Palpitazioni	si no	Altre malattie endocrine	si no	Mal. Muscolo/scheletriche	si no
dolore toracico	si no	Mal. Gastro-intestinali	si no	Mal. Reni/vie urinarie	si no
Malattie psichiatriche	si no	Mal. Fegato e vie biliari	si no	Neoplasie	si no
Altro :					
2 - Uso occhiali				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
3 - Ho subito interventi chirurgici				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
4 - Ho subito ricoveri ospedalieri				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
5 - Di tutte le malattie sopra citate sono stato ritenuto guarito				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
6 -Faccio attualmente terapie mediche				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
7 - Sport praticato :					
8 - Ho disturbi sotto sforzo :				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
9 - Sono stato già sottoposto a visita medico sportiva per legge				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
se Si nell'anno: _____ presso _____					
sono stato ritenuto idoneo				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

Chieti lì _____

firma MADRE _____

firma PADRE _____