

**RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI DELL'ATLETA PER LA VISITA DI IDONEITÀ  
ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA – NON AGONISTICA – LUDICO/MOTORIA  
(MINORI NON ACCOMPAGNATI DA GENITORE/TUTORE)**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nella famiglia dell'ATLETA (genitori, fratelli, nonni, etc.) si sono mai verificate le seguenti patologie?  
(se SÌ, specificare quale/i familiare/i dell'atleta)

**MALATTIE CARDIOVASCOLARI    ICTUS    IPERTENSIONE ARTERIOSA  
MORTE IMPROVVISA GIOVANILE (prima dei 40 anni)    DIABETE    ALTRO**

**Sono stati mai richiesti ulteriori accertamenti dopo visite di idoneità sportiva?**    NO    SI  
Se sì, indicare quali e quando \_\_\_\_\_

**L'atleta è nato prematuro, e/o ha avuto disturbi nel 1°anno di vita?**    NO    SI  
Se sì, indicare di che tipo \_\_\_\_\_

**Malattie esantematiche?** NO    SI    **Vaccinato?** NO    SI    \_\_\_\_\_

**COVID19 e/o varianti?** NO    SI    **Vaccinazione Anti COVID19 completa?** NO    SI

**PER LE DONNE** MENARCA (prime mestruazioni), indicare l'anno \_\_\_\_\_

**L'atleta ha avuto episodi convulsivi?**    NO    SI  
Se sì indicare se gli sono stati prescritti farmaci (terapia) e quali \_\_\_\_\_

**Ha mai subito traumi cranici con perdita di coscienza?**    NO    SI  
**È mai svenuto?**    NO    SI  
Se sì: quanto tempo fa e in quale/i occasione/i? \_\_\_\_\_

**Soffre di allergie?** NO    SI    Se Sì, indicare se: farmaci    alimenti    piante, pollini  
acari / polvere    carente G6PD

**L'atleta è mai stato ricoverato in ospedale?**    NO    SI

Indicare se **PER MALATTIE – QUALI?** \_\_\_\_\_

e **PER INTERVENTI CHIRURGICI – QUALI?** \_\_\_\_\_

**Ha mai subito infortuni (fratture/distorsioni)?**    NO    SI  
Se sì, indicare quali \_\_\_\_\_

**L'atleta ha sofferto o soffre attualmente di qualche patologia?** **NO** **SI**  
Quale/i? \_\_\_\_\_

**L'atleta assume regolarmente farmaci?** **NO** **SI**  
Quale/i \_\_\_\_\_

**Consuma alcool?** **NO** **SI** indicare quantità media giornaliera \_\_\_\_\_

**Fuma?** **NO** **SI** indicare quantità media giornaliera \_\_\_\_\_

**PESO** \_\_\_\_\_ **Kg** - **ALTEZZA** \_\_\_\_\_ **cm**

**DIFETTI DELLA VISTA:** \_\_\_\_\_

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firme (Genitori / Tutore)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_