



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it  
P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Dipartimento di Prevenzione – SOSD Medicina Legale  
Sezione di Medicina dello Sport**

Direttore Dott. Attilio RIGOTTI  
Sede Operativa: via IV Novembre, 294 – 28887 Omegna  
Tel. 0323 868046 - 0323 868048  
e-mail :medicinadellosport@aslvco.it

**SCHEDA ANAMNISTICA PER ATLETI MINORENNI**

Il presente modulo DEVE essere LETTO, COMPILATO e FIRMATO da un GENITORE in  
TUTTE le sue parti, barrando le voci che interessano

Cognome \_\_\_\_\_ e Nome \_\_\_\_\_ (atle-  
ta) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ N° documento \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telef. Recapito (del genitore ) \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE DELL'ATLETA**

Si sono avuti, nei familiari casi di:

- Diabete Mellito       Problemi Cardiaci  
 Ipertensione Arteriosa       Morte improvvisa giovanile. Se si chi? \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA**

- Malattie pregresse o in atto, se si quali ? \_\_\_\_\_  
 Ricoveri ospedalieri \_\_\_\_\_  
 Interventi Chirurgici \_\_\_\_\_  
 Infortuni rilevanti o fratture, se si quali ? \_\_\_\_\_  
 Segnalare eventuali terapie in corso o assunte di recente : \_\_\_\_\_  
 Eventuali problemi cardiaci \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

Presentarsi alla visita muniti di **DOCUMENTI IDENTIFICATIVI VALIDI**  
(del genitore e dell'atleta)

Il sottoscritto dichiara di aver informato correttamente il medico sulle attuali condizioni psico-fisiche del figlio/a e  
sulle affezioni precedenti e che il figlio/a non è mai stato/a dichiarato/a *non idoneola* in precedenti visite medico  
sportive di legge.

Di essere informato dei pericoli derivati dall'uso di droghe riconosciute illegali, dal fumo e dall'alcool.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

# INFORMAZIONI UTILI

Presentarsi alla visita muniti di:

°RICHIESTA DELLA SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI E CON TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE

°DOCUMENTO D'IDENTITA' E CODICE FISCALE IN CORSO DI VALIDITA' DELL'ATLETA

°DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL GENITORE CHE ACCOMPAGNA ALLA VISITA

°EVENTUALE DELEGA ( CON ALLEGATE FOTOCOPIE DOCUMENTI IDENTIFICATIVI DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO)

°MODULI CONSEGNATI DAL CUP AL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE:

- FOGLIO SCHEDA ANAMNESTICA COMPILATO E FIRMATO
- CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA PROVA DA SFORZO COMPILATO E FIRMATO
- CONSENSO PRIVACY COMPILATO E FIRMATO ( CON I DATI DEL GENITORE)

°PROVETTA CONTENENTE LE URINE DEL MATTINO:

- lavare accuratamente i genitali esterni con acqua e sapone
- buttare il primo getto di urina
- raccogliere l'urina nel contenitore

- CONSERVARE LA PROVETTA IN FRIGORIFERO SE L'APPUNTAMENTO E' AL POMERIGGIO

°EVENTUALI OCCHIALI DA VISTA/LENTI A CONTATTO

°EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA A PROBLEMI SANITARI IN ATTO O PREGRESSI

°ABBIGLIAMENTO SPORTIVO COMODO. PER LE ATLETE FAR INDOSSARE REGGISENO/TOP SPORTIVO E LEGARE I CAPELLI LUNGHY DURANTE LA PROVA DA SFORZO