

**ATHAENA****POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA s.r.l.**

Centro Accreditato con S.S.N.

Codice Fiscale

Tessera Sanitaria

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ FISICA

Nome Cognome

Età Data e luogo di nascita

Via Città Telefono

SPORT: MASCHIO FEMMINA*Istruzioni:* esaminate le domande seguenti e rispondete nel modo più veritiero possibile.**È IMPORTANTE FORNIRE TUTTE LE INFORMAZIONI DEL CASO.**

L'esercente la patria podestà deve firmare il modulo.

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO:

	SÌ	NO	SPIEGAZIONI
Soffri di qualche cardiopatia cronica?			
Hai eseguito recentemente accertamenti in merito (ecocardio, test da sforzo, ecc.)?			
Qualche membro della famiglia è morto improvvisamente o soffre di una cardiopatia?			
Ti è mai successo di svenire?			
Soffri di asma o di allergie?			
Hai mai avuto fratture ossee, hai mai portato un'ingessatura o ti sei mai fatto male ad un'articolazione (ginocchia, caviglie, ecc.)?			
Hai mai subito dei traumi con perdita di coscienza?			
Hai mai subito interventi chirurgici o ricoveri? Quali?			
Soffri di qualche malattia cronica o che necessita controlli o terapie regolari?			
Ti manca qualche organo (la milza, un rene, un'occhio, ecc.)?			

PER LE RAGAZZE:

A che età hai avuto la prima mestruazione?

Le tue mestruazioni sono regolari? SÌ NO*Consenso ai sensi dell'Art. 23 D. L.gs 196/03**Io sottoscritto/a**quale rappresentante legale del minore, dichiaro di avere informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti di mio figlio/a e dichiaro inoltre che non è mai stato ritenuto non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge, di aver in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro centro.**Autorizzo il trattamento dei dati personali e familiari relativi al minore di cui sopra, esclusivamente ai fini diagnostici, cura, prevenzione e ricerca. Tale consenso è esteso, limitatamente alle specifiche competenze professionali, ai Medici, nonché al Personale sanitario o amministrativo della cui collaborazione il Medico intendesse avvalersi.**Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport Athaena srl in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è Silvia Colombo responsabile del Centro.***Ho esaminato con mio figlio/a le domande sopra presenti**

Firma dell'esercente della patria podestà

Data

Via Ronzoni n. 3 - 24128 **BERGAMO**Tel. **035.258888-035.400004** - Fax **035.400004**

centro.athaena@fiscali.it - www.centroathaena.com

REG. IMP. Bg - C.F. - P. IVA 01445440165 - R.E.A. 207098

Capitale Sociale Euro 51.000,00 i. v.