

MODULO PRE-GARA ATLETI CONTATTO PIENO (UOMINI E DONNE)

Luogo e data del combattimento:
Tipo di riunione sportiva (es.: normale, campionato, ecc.):

DOMANDE PER L'ATLETA

Cognome e nome:
Data e luogo di nascita:
Nazionalità:
Dilettante () Professionista () Associazione e/o Società:
N° tessera e/o licenza:
Peso solo per l'atleta professionista peso (30 giorni prima) (7 giorni prima)
Data dell'ultimo combattimento: verdetto:
Data dell'ultimo combattimento in sport affini (Kick, Full, Thai, pugilato, ecc) : verdetto:

Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente? **Sì No**

1. Mal di testa	() ()
2. Vertigini	() ()
3. Nausea o vomito	() ()
4. Visione doppia o offuscata	() ()
5. Svenimento e/o perdita di coscienza	() ()
6. Convulsioni	() ()

Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni? () ()

Se sì, quali?:

Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni? () ()

Se sì, cosa?:

DOMANDE AGGIUNTIVE (SOLO PER LE DONNE)

Oltre a quanto sopra, dichiaro di:

- non avere in atto emorragie vaginali diverse dal flusso mestruale;
- non avere in atto disturbi genito-urinari;
- di non aver subito traumi e/o interventi chirurgici recenti in regione mammaria

Dichiaro, inoltre, di avere effettuato un test di gravidanza (non anteriore ai 14 giorni antecedenti l'incontro) presso un Laboratorio di Analisi il con esito **Negativo** come da referto allegato.

Firma dell'atleta:.....

DOMANDE PER IL TECNICO E/O DIRIGENTE DELL'ASSOCIAZIONE O SOCIETÀ

Cognome e nome:
Data e luogo di nascita:
Nazionalità:
N° tessera e/o licenza:
Associazione e/o Società:

Hai notato ultimamente cambiamenti nell'atleta riguardo i seguenti punti? **Sì No**

1. Attenzione o concentrazione:	() ()
2. Memoria	() ()
3. Linguaggio	() ()
4. Comportamento	() ()
5. Allenamento (velocità)	() ()

Se sì, quali?

Data.....

Firma del tecnico e/o dirigente di Associazione e/o Società.....

Per presa visione del medico (specialista in medicina dello sport) che effettua la visita pre-gara.

Timbro e firma