

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

SOCIETA' SPORTIVA A.S.D. INTER CLUB PARMA

Sede Sociale Via Grenoble 9 (PR) Tel. 0521 - 482902

Email : interclubparma@libero.it

C.F./P.I. Soc. Sportiva : 02187040346

C H I E D E

Visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

..... per l'atleta:

Cognome Nome.....

Nato a il.....

Residente in.....CAP.....

Via..... N°.....

PRIMA VISITA

SCADENZA VISITA PRECEDENTE

DATA

IL PRESIDENTE

(o il Segretario)

(TIMBRO E FIRMA LEGGIBILI)

VISITE AD ATLETI MINORENNI - Visite di tipo A (basso impegno cardiovascolare) e di tipo B (da medio a elevato impegno cardiovascolare)

La società sportiva deve compilare la richiesta su apposito modulo intestato alla società con nominativo dell'atleta, data di nascita, codice fiscale e scadenza visita, deve inoltre riportare la firma originale del responsabile e il timbro della società sportiva.

Le società sportive possono inserire negli elenchi anche gli atleti juniores (17-18 anni), atleti cioè che compiono la maggiore età nell'anno in corso.

La prenotazione deve essere effettuata sia dal genitore o da un esercente la potestà genitoriale con **chiamata al numero verde 800.629.444**, dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 18.00 e il sabato dalle 7.30 alle 13.30. All'atto della prenotazione, occorre fornire un **recapito telefonico valido** a cui sia possibile essere **contattati tempestivamente** per eventuali comunicazioni di variazione di data.

In presenza di necessità o scadenze specifiche da rispettare, è sufficiente segnalare queste esigenze anche via telefono al numero 0521.396680 - 0521.396681 del Servizio di medicina dello sport che provvede a fissare una nuova data concordandola con la famiglia.

La visita per i minorenni e disabili è gratuita.

Il giorno della prenotazione, accompagnato da un genitore, **l'atleta minorenni deve presentarsi con:**

- richiesta della società sportiva
- documento d'identità in corso di validità dell'atleta (es: carta d'identità, passaporto, certificato anagrafico con foto, etc.)
- foglio anamnestico, compilato e firmato dal genitore, ed eventuali referti di esami o visite specialistiche effettuate in precedenza
- consenso informato ed eventuale delega
- campione urine preferibilmente raccolto di prima mattina o raccolte almeno dopo quattro ore dopo l'ultima minzione
- libretto verde dello sportivo
- abbigliamento sportivo adatto alla prova da sforzo (si raccomanda un'accurata igiene personale)

Per la prima visita è opportuno che sia presente un genitore; per le successive, in caso d'impossibilità, **il genitore può delegare un accompagnatore maggiorenne, munito di delega compilata e firmata** dal genitore delegante e con allegata fotocopia dei documenti d'identità d'entrambi, sia del delegato che del delegante. I moduli possono essere richiesti alla propria società sportiva o scaricati in questa pagina nella sezione ALLEGATI.

Per ragioni organizzative, deve essere **rispettato l'orario di visita** indicato nella prenotazione. Nel caso l'atleta **non si presenti all'appuntamento e non disdica la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima** (escludendo il giorno dell'appuntamento), sarà addebitata una **sanzione** pari al costo del ticket (fino ad un massimo di 36.15 euro).



Promozione dell'attività motoria e Medicina dello Sport Accertamento idoneità specifica allo sport

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e nome dell'Atleta _____ nato il _____

Malattie riguardanti la famiglia

Indicare nella casella i casi familiari (genitori-nonni-fratelli e sorelle) che sono stati o sono affetti dalle seguenti malattie :

Malattie di cuore : SI NO Iperensione SI NO Diabete: SI NO TBC : SI NO

Tumori : SI NO Asma e malattie allergiche : SI NO Obesità : SI NO Sifilide : SI NO

Paralisi : SI NO Morti improvvise : SI NO

Malattie riguardanti l' atleta

Quando la risposta è SI mettere una crocetta sul SI, quando la risposta è NO mettere una croce sul NO

Morbillo SI NO Epatite virale SI NO Disturbi mestruali SI NO Scoliosi SI NO

Varicella SI NO Otite SI NO Malattie intestinali SI NO Dorso curvo SI NO

Rosolia SI NO Sinusite SI NO Asma SI NO Piede piatto SI NO

Parotite SI NO Bronchite SI NO Eczema SI NO Scapole alate SI NO

Pertosse SI NO Polmonite SI NO Allergia SI NO Trauma cranico SI NO

Scarlattina SI NO Tonsillite SI NO Svenimento-vertigini SI NO Fratture SI NO

Anemia SI NO Pleurite SI NO Febbre reumatica SI NO Traumi sportivi SI NO

TBC SI NO Malattie di reni SI NO Malattie di cuore SI NO Lussazione dell'anca SI NO

Epilessia SI NO Enuresi (pipi a letto) SI NO Palpitazioni SI NO Diabete SI NO

Ricoveri per intervento di :

Tonsille SI NO ; Adenoidi SI NO ; Ernia SI NO ; Appendicite SI NO ; Altro SI NO

Anni..... Anni..... Anni..... Anni..... Anni.....

Notizie particolari (tipo, decorso, cure,esiti) sulle malattie sopraindicate

.....

E' guarito completamente dalle malattie sopraindicate? SI NO Disturbi rimasti

Sta facendo cure? SI NO Quali e per quale motivo

Usa occhiali o lenti corneali SI NO per miopia SI NO ipermetropia SI NO

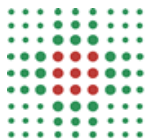
astigmatismo SI NO strabismo SI NO

E' stato in cura con busti correttivi SI NO ginnastica correttiva SI NO rialzo del piede SI NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Data _____

_____ (firma dell' atleta o di uno dei genitori se minorenni)



CONSENSO INFORMATO E DELEGA PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/_____, residente a _____, via _____

padre/madre/tutore di _____ nato/a a _____

il ___/___/_____,

ACCONSENTE

di sottoporre il/la proprio/a figlio/a agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 ,e successive integrazioni, al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiaro/a inoltre di essere stato informato che: per completare l'accertamento - oltre ad anamnesi, esame obiettivo, spirometria, esame delle urine – verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino per 90 volte in 3 minuti, durante il quale verrà effettuato l'ECG; verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test; durante l'esecuzione del test da sforzo verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test.

E DELEGA (compilare solo se non accompagnati da un genitore)

Il/la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____, residente in _____, indirizzo _____

- 1) ad accompagnare il minore presso il Servizio di Medicina dello Sport, per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica;
- 2) a sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva.
- 3) a firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 23 D.Lgs. 196/03

(Allegare fotocopia del documento di identità del delegante ed esibire l'originale del Delegato)

Data, _____

Firma, _____