

**(UOMINI E DONNE) ALLEGATO A**  
**DISCIPLINE A CONTATTO PIENO**

**Dichiarazione pre-gara per atleti che partecipano in discipline a contatto pieno**

Luogo e data del combattimento: \_\_\_\_\_

Tipo di riunione (es.: normale, campionato, ecc.): \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE ANAMNESTICA DELL'ATLETA**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_ ASD/Società/Team: \_\_\_\_\_

N° tessera e/o licenza: \_\_\_\_\_ Rilasciata da: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Data dell'ultimo combattimento: \_\_\_\_\_ verdetto: \_\_\_\_\_

Data dell'ultimo combattimento in sport affini (pugilato, ecc): \_\_\_\_\_ verdetto: \_\_\_\_\_

**Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente? (Scrivere Si / No nelle parentesi)**

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? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'atleta: \_\_\_\_\_

**DOMANDE PER IL TECNICO O DIRIGENTE DEL TEAM/ASD/SOCIETA'**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_ Team/ASD/Società: \_\_\_\_\_

N° tessera e/o licenza: \_\_\_\_\_ Rilasciata da: \_\_\_\_\_

**Hai notato ultimamente cambiamenti nell'atleta riguardo i seguenti punti ?**

(Scrivere Si / No nelle parentesi)

1. Attenzione o concentrazione ( ) / ( )

2. Memoria ( ) / ( )

3. Linguaggio ( ) / ( )

4. Comportamento ( ) / ( )

5. Allenamento (velocità) ( ) / ( )

Se sì, quali ? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma del tecnico o dirigente: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico: \_\_\_\_\_

**Da consegnare in busta chiusa al MEDICO VISITA PRE-GARA**