

Dichiarazione pre-gara nei tornei per tutti i pugili (uomini e donne)

Luogo e data del combattimento:

Torneo

Dichiarazione anamnestica

Atleta: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita Nazionalità.....

AOB N° tessera e/o licenza ASD/SSD

Data dell'ultimo combattimento: Verdetto

Hai avuto alcuno di questi sintomi?	Si	No
1. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Visione doppia o offuscata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Svenimento e/o perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai preso farmaci e/o integratori?		
• Se sì, quali e quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai avuto malattie e/o traumi dopo l'ultimo combattimento?		
• Se sì, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorizzo il trattamento dei dati personali e particolari. Mi impegno a non far uso di alcol e/o droghe e/o abuso di farmaci.

Firma dell'atleta

In caso di **atleta minorenni**, l'esercente la responsabilità genitoriale o il Tecnico da lui Delegato Sig./Sig.^{ra} dichiara - come previsto all'art. 9 comma 20 del Regolamento Sanitario - di aver assistito alla visita pre-gara e che dopo il combattimento precedente non sono comparsi segni e/o sintomi sospetti e che l'atleta non ha assunto farmaci.

Firma

Data

Per presa visione del Medico che effettua la visita pre-gara
.....
(Timbro e firma)