

DICHIARAZIONE PRE-GARA PER TUTTI GLI ATLETI (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 il/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? Si 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?:

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? Si No

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

Se sì, quali?

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

Data:.....

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

Timbro e firma

Da consegnare al Commissario di Riunione che lo allegnerà al verbale