



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Dipartimento di Prevenzione  
Sezione di Medicina dello Sport**

Sede Operativa: via IV Novembre, 294 – 28887 Omegna  
Tel. 0323 868046 Cell. 335-5957160 Fax 0323 868048  
e-mail :[medicinadello sport@aslvco.it](mailto:medicinadello sport@aslvco.it)

Questa parte va compilata da un responsabile della società sportiva

Il/La Ragazzo/a \_\_\_\_\_

È prenotato per la visita di idoneità sportiva il giorno \_\_\_\_\_

Alle ore \_\_\_\_\_

Firma del responsabile \_\_\_\_\_

**SCHEDA ANAMNESTICA PER ATLETI MINORENNI**

**Il presente modulo DEVE essere LETTO E COMPILATO da un GENITORE in TUTTE le sue parti, sbarrando le voci che interessano e deve essere FIRMATO .**

Cognome e Nome del/della ragazzo/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ N° Documento \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Il/la Ragazzo/a è già stato/a sottoposto/a alla visita di idoneità sportiva AGONISTICA? SI € NO €

Si sono avuti, nei familiari (genitori, fratelli o sorelle, nonni, zii...) casi di:

€ Diabete € Ipertensione Arteriosa

€ Problemi Cardiaci ( se SI specificare quale problema \_\_\_\_\_ )

€ Morte Improvvisa in età giovane adulta (sotto i 60 anni): se SI specificare GRADO Di PARENTELA \_\_\_\_\_ ETA' del DECESSO \_\_\_\_\_

CAUSA DEL DECESSO \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PERSONALE DEL RAGAZZO/A**

- MALATTIE PREGRESSE OD IN ATTO: (barrare TUTTE la malattie fatte)  
€ Morbillo € Varicella € Rosolia € Scarlattina € Pertosse € Parotite (Orecchioni)  
€ Mononucleosi € Polmonite € Epatite € Malattie Renali  
Altro (indicare altre malattie non presenti nell'elenco precedente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- INTERVENTI CHIRURGICI : (barrare tutti gli interventi subiti)  
€ Tonsillectomia € Adenoidectomia € Appendicectomia € Ritenzione Testicolare  
€ Ernia € Fimosi (circoncisione) € Osteosintesi, riduzione chirurg. di frattura  
Altri interventi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segue ⇨



www.regione.piemonte.it/sanita



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

- INFORTUNI (fratture, distorsioni, traumi) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vostro/a figlio/a è MAI STATO RICOVERATO ? : NO € SI € : ( se SI elencare i motivi dei ricoveri) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vostro/a figlio/a è mai stato sottoposto a CONTROLLI CARDIOLOGICI? : NO € SI € ( se SI specificare perché e presentare gli esami fatti) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vostro/a figlio/a è mai stato sottoposto ad altri controlli medici specialistici?: NO € SI € ( se SI specificare perché e presentare gli esami fatti) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ALTRI EVENTUALI PROBLEMI DA SEGNALARE :  
€Diabete €Epilessia €Cardiopatie €Svenimenti €Allergia €Asma  
€Broncospasmo da sforzo €Difetti dell'udito €Disturbi psichici  
Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Segnalare eventuali TERAPIE IN CORSO o FARMACI RECENTEMENTE ASSUNTI  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si prega di PORTARE IN VISIONE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE RELATIVA AD ESAMI O CONTROLLI MEDICI O VISITE SPECIALISTICHE ESEGUITE IN PRECEDENZA.**

Si consiglia di venire muniti di PANTALONCINI CORTI, CALZINI E SCARPE DA GINNASTICA, MOLLETTONE o ELASTICO PER RACCOGLIERE I CAPELLI LUNGHI.

**La scheda non compilata in maniera accurata e completa e/o priva di firma comporterà la sospensione dell'esito della visita!**

*Il sottoscritto dichiara di aver informato esattamente il medico sulle attuali condizioni psico-fisiche del/della ragazzo/a e sulle affezioni precedenti e che il/la ragazzo/a non è mai stato/a dichiarato/a non idoneo/a in precedenti viste medico sportive di legge.*

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA del GENITORE o di chi ne fa le veci.





**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Si ricorda che il/la ragazzo/a dovrà presentarsi alla visita munito di DOCUMENTO DI IDENTITA', CODICE FISCALE, TESSERA SANITARIA e dovrà portare un CAMPIONE DI URINE raccolte la mattina a riposo e recante etichetta con nominativo del/la ragazzo/a.**

**In caso di IMPOSSIBILITA' a presentarsi si prega di DISDIRE l'appuntamento TEMPESTIVAMENTE contattando i numeri segnati sul frontespizio. Si rammenta inoltre che la visita di idoneità non potrà essere effettuata (salvo diversa indicazione medica) se non trascorsi almeno 11 mesi dalla visita precedente (anche se effettuata con altra società sportiva)**

**GRAZIE PER LA CORTESE COLLABORAZIONE**