



**Dichiarazione pre-gara per tutti gli atleti di sanshou (combattimento a contatto pieno/leggero)  
(uomini e donne)**

Luogo e data del combattimento: .....

Tipo di evento: .....

**Dichiarazione anamnestica**

**Atleta:** Cognome ..... Nome .....

Data e luogo di nascita ..... Nazionalità .....

**Sanda**  **Qinda/Sanda-no-throws**  N° tessera e/o licenza ..... A.S.D. ....

Data dell'ultimo combattimento: ..... Verdetto .....

Eventuale combattimento in sport affini: **NO**  **SI**  Data..... Verdetto .....

**Hai avuto alcuno di questi sintomi?**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
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 si, quali e quando? .....

**Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni?**

• Se si, quali? .....

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

**Firma dell'atleta o dell'esercente la responsabilità genitoriale (se Minore).....**

In caso di **atleta minorene**, l'esercente la responsabilità genitoriale Sig./Sig.<sup>ra</sup> ..... (di cui si allega copia del documento d'Identità) sottoscrive quanto sopra dichiarato e **delega** il Tecnico accompagnatore Sig./Sig.<sup>ra</sup> ..... per eventuali adempimenti sanitari previsti dal Regolamento Sanitario - e a dichiarare contestualmente ogni eventuale somministrazione di farmaci assunti dall'atleta e /o sintomi sospetti.

**Firma** .....

**Data** .....

**Firma del Tecnico delegato**

**Per presa visione del Medico che effettua la visita pre-gara**

.....

.....

( Firma )