



Allegato A

FEDERAZIONE ITALIANA
KICKBOXING - MUAY THAI - SAVATE - SHOOT BOXE

**Dichiarazione pre-gara per atleti che partecipano in discipline a contatto pieno
(uomini e donne)**

Luogo e data del combattimento: _____

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

Domande per l'atleta

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Nazionalità: _____

Associazione e/o Società: _____ N° tessera e/o licenza: _____

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 si, quali? _____

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

Se si, cosa? _____

Data: _____

Firma dell'atleta: _____

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

Timbro e firma _____