



Dichiarazione pre-gara per tutti gli Atleti (uomini e donne)

SAN-01

Luogo del combattimento: Data:/...../.....

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

Domande per l'Atleta

Cognome e nome: N° Tessera e/o licenza:

Data di nascita:/...../..... Luogo di nascita: Nazionalità:

Dilettante () Professionista () Associazione e/o Società:

Peso **solo per l'Atleta professionista** peso (30 giorni prima) (7 giorni prima)

Data dell'ultimo incontro:/...../..... verdetto:

Data dell'ultimo combattimento in sport affini (Pugilato):/...../..... 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?: () ()

Data:/...../.....

Firma dell'Atleta:

Domande per il Tecnico e/o Dirigente dell'Associazione o Società

Cognome e nome: N° Tessera e/o licenza:

Data di nascita:/...../..... Luogo di nascita: Nazionalità:

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?:

Data:/...../.....

Firma del Tecnico e/o Dirigente:

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

Data:/...../.....

Timbro e firma

Da consegnare al Commissario di Riunione che lo alleggerà al verbale di riunione.