

Allegato A

FEDERAZIONE ITALIANA KICKBOXING MUAY THAI SAVATE e 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?

1. Mal di testa

Si

()

No

()

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?

.....

