

**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.: ordinaria, campionato, ecc.):

Dichiarazione anamnestica**Atleta:** Cognome..... Nome.....

Data e luogo di nascita Nazionalità.....

N° tessera e/o licenza..... Associazione e/o Società.....

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

Data di eventuale combattimento in sport affini (pugilato, ecc) Verdetto.....

	Si	No
Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente?		
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 negli ultimi 90 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sì, quali?		
Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sì, quali?		

Firma dell'atleta o dell'esercente la patria potestà.....

In caso di **atleta minorenni**, l'esercente la patria potestà Sig./Sig.^{ra}
(di cui si allega copia del documento d'Identità) sottoscrive quanto sopra dichiarato e **delega** il Tecnico
accompagnatore Sig./Sig.^{ra} per eventuali adempimenti sanitari correlati.

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

(Timbro e firma).....