



DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PRE GARA

IO SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. _____

IL ____/____/____ CODICE FISCALE _____ RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN _____ N° _____ N° TELEFONO _____

ATLETA DELLA A.S.D. / S.S.D. _____ DI _____

DENOMINAZIONE EVENTO _____ DATA ____/____/____

LUOGO _____

DATA DELL' ULTIMO MATCH DISPUTATO ____/____/____ VERDETTO ULTIMO MATCH DISPUTATO _____

HAI AVUTO ALCUNO DI QUESTI SINTOMI ?	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 O INTEGRATORI?	☐	☐
SE SI QUALI E QUANDO _____		
 HAI AVUTO MALATTIE E/O TRAUMI DOPO L' ULTIMO MATCH?	☐	☐
SE SI QUALI _____		

☐ AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI. MI IMPEGNO A NON FAR USO DI ALCOL E/O DROGHE E/O ABUSO DI FARMACI.

FIRMA DELL' ATLETA _____

IN CASO DI **ATLETA MINORENNE** , L'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE O IL TECNICO DA LUI DELEGATO SIG./SIG.RA _____ DICHIARA, COME PREVISTO DALL' ART. 9 COMMA 20 DEL REGOLAMENTO SANITARIO , DI AVER ASSISTITO ALLA VISITA PRE GARA E CHE DOPO IL MATCH PRECEDENTE NON SONO COMParsi SEGNI E/O SINTOMI SOSPETTI E CHE L' ATLETA NON HA ASSUNTO FARMACI.

FIRMA _____

DATA ____/____/____

PER PRESA VISIONE DEL MEDICO CHE EFFETTUA LA VISITA

.....
TIMBRO E FIRMA



DÉCLARATION HISTORIQUE AVANT LA COURSE

JE, SOUSSIGNÉ _____ NÉ A _____ PROV. _____

LE ____/____/____ CODE FISCAL _____ RÉSIDENT A _____ PROV. _____

SOUMETTRE _____ N° _____ N° TÉLÉPHONE _____

ATHLÈTE DE L'ASSOCIATION _____ DE _____

NOM DE L'ÉVÉNEMENT _____ LE ____/____/____

LIEU _____

DATE DU DERNIER MATCH JOUÉ ____/____/____ VERDICT DERNIER MATCH JOUÉ _____

VOUS AVEZ EU CERTAINS DE CES SYMPTÔMES ?

OUI

NON

1) MAUX DE TÊTE

☐☐

2) VERTIGES

☐☐

3) NAUSÉES OU VOMISSEMENTS

☐☐

4) VISION DOUBLE OU FLOUE

☐☐

5) ÉVOUEMENT ET/OU PERTE DE CONSCIENCE

☐☐

6) CONVULSIONS

☐☐

VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS OU DES SUPPLÉMENTS?

☐☐

SI OUI LEQUEL ET QUAND _____

AVEZ-VOUS EU DES MALADIES ET/OU DES TRAUMAMES APRÈS VOTRE DERNIER MATCH?

☐☐

SI OUI LEQUEL _____

☐

J'AUTORISE LE TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES ET SPÉCIALES. JE M'ENGAGE À NE PAS CONSOMMER D'ALCOOL ET/OU DE DROGUES ET/OU ABUS DE MÉDICAMENTS.

SIGNATURE DE L'ATHLÈTE _____

DANS LE CAS D'UN **ATHLÈTE MINEUR** LE PROPRIÉTAIRE AVEC RESPONSABILITÉ PARENTALE OU LE TECHNICIEN DÉLÉGUÉ PAR LUI M./MME. _____ DÉCLARE, COMME PRÉVU PAR L'ART. 9 PARAGRAPHE 20 DU RÈGLEMENT SANITAIRE, QUE VOUS AVEZ ASSISTÉ À LA VISITE D'AVANT-MATCH ET QUE APRÈS LE MATCH PRÉCÉDENT AUCUN SIGNE ET/OU SYMPTÔME SUSPECT N'APPARAÎT ET QUE L'ATHLÈTE N'A PAS PRIS DE MÉDICAMENTS.

SIGNATURE _____

DATA ____/____/____

PER PRESA VISIONE DEL MEDICO CHE EFFETTUA LA VISITA

.....
TIMBRO E FIRMA



PRE COMPETITION HISTORY STATEMENT

I, THE UNDERSIGNED _____ BORN IN _____ COUNTY _____

ON ____/____/____ NATIONALITY _____ RESIDENT IN _____ COUNTY _____

ADDRESS _____ N° _____ TELEPHONE NUMBER _____

ATHLETE OF THE ASSOCIATION _____ COUNTRY _____

EVENT NAME _____ OF ____/____/____

PLACE _____

DATE OF THE LAST MATCH PLAYED ____/____/____ VERDICT LAST MATCH PLAYED _____

HAVE YOU HAD ANY OF THESE SYMPTOMS ?	YES	NO
1) HEADACHE	☐	☐
2) DIZZINESS	☐	☐
3) NAUSEA OR VOMITING	☐	☐
4) DOUBLE OR BLURRED VISION	☐	☐
5) FAINTING AND/OR LOSS OF CONSCIOUSNESS	☐	☐
6) CONVULSIONS	☐	☐
HAVE YOU TAKEN ANY MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS ?	☐	☐
IF YES WHICH AND WHEN _____		
HAVE YOU HAD ANY ILLNESSES AND/OR TRAUMAS AFTER THE LAST MATCH ?	☐	☐
IF YES WHICH _____		

☐ I AUTHORIZE THE PROCESSING OF PERSONAL AND SPECIAL DATA. I UNDERTAKE NOT TO USE ALCOHOL AND/OR DRUGS AND/OR ABUSE OF MEDICINES.

ATHLETE'S SIGNATURE _____

IN CASE OF **UNDERAGE ATHLETE**, THE OWNER WITH PARENTAL RESPONSIBILITY OR THE TECHNICIAN DELEGATED BY HIM MR/MRS _____ DECLARES, AS PROVIDED BY ART. 9 PARAGRAPH 20 OF THE HEALTH REGULATIONS, THAT YOU HAVE ATTENDED THE PRE-MATCH VISIT AND THAT AFTER THE PREVIOUS MATCH NO SUSPICIOUS SIGNS AND/OR SYMPTOMS APPEARED AND THAT THE ATHLETE HAS NOT TAKEN MEDICATIONS.

SIGNATURE _____

DATA ____/____/____

PER PRESA VISIONE DEL MEDICO CHE EFFETTUA LA VISITA

.....
TIMBRO E FIRMA