

CERTIFICATO DI IDONEITÀ MEDICO SPORTIVA
del partecipante al programma-stage "Scuola Calcio Brasil"

(da compilarsi a cura del proprio medico)

Si prega di compilare e inviare il presente modulo in originale a: **Brasil Events/DTM** - V.le Toscanini 23 - Cap 20093 - Cologno Monzese (Milano) **Italia**
Tel. (+39) 02 4795 6901 Fax (+39) 178 278 2006 - E-mail: segreteria@scuolacalcio-brasil.com

Cognome e nome				Sesso (M) (F)
Indirizzo:		Città		Età ()
Data di nascita:	Altezza: cm.	Peso: Kg.	Pressione arteriale:	
Gruppo sanguigno:			Battiti al min.:	
Nota - Aspetto morfologico (biotipo):	Brevilineo ()	Normolineo ()	Longilineo ()	
Taglia divisa ____ maglie ____		Misura e taglia calzoncino/pantalone ____		

Il partecipante:

1) Pratica il calcio () o altre attività sportive ()		Constantemente ()		Saltuariamente ()	
2) In quale ruolo gioca:	Portiere ()	Difensore ()	Attaccante ()	Centrocampista ()	Altro ()
3) Usa occhiali o lenti a contatto?	Sí () No ()	4) Ha subito o subirà interventi chirurgici?		Sí () No ()	
4.1) Se sì, quali:					
5) Soffre di allergie?	Sí () No ()	5.1) Se sì, quali:			
6) Ha in corso trattamenti farmacologici, fisioterapici?	Sí () No ()	6.1) Se sì, quali:			
7) Assume farmaci particolari?	Sí () No ()	Se sì, quali:			
8) E' allergico ad alcuni farmaci ?	Sí () No ()	Se sì, quali:			
9) Segue delle restrizioni dietetiche	Sí () No ()	Se sì, quali:			
10) E' vegetariano?	Sí () No ()				
11) Quali vaccinazioni ha espletato a tutt'oggi?					
Poliomelite Sí () No ()	Difteria Sí () No ()	Tetano Sí () No ()	TB Sí () No ()	Asma Sí () No ()	
Rubeola Sí () No ()	Varicella Sí () No ()	Morbillo Sí () No ()	Otite Sí () No ()	Otro Sí () No ()	
Angina pectoris Sí () No ()	Asma Sí () No ()	Sí () No ()	Sí () No ()	Sí () No ()	
12) Osservazioni ulteriori:					

Nota 1: <<Autorizzo l'utilizzo dei dati personali e/o desunti dalla pratica, che sono trattati dall'org. Brasil Events solo per lo scopo della presente proposta. Gli stessi non verranno ceduti a terzi e saranno conservati come previsto dalla normativa in materia di Privacy e conservazione dei dati personali (DL 196/03)>>.**Nota 2:** <<Il presente modulo può essere sostituito da eventuali modelli già in uso da parte dei medici di categoria purché risultino i dati richiesti e che il partecipante sia in "buono stato fisico" e "abile" a partecipare al soggiorno stage sportivo Scuola Calcio Brasil>>.**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto, Dr. _____, iscritto all'Ordine dei Medici al numero _____ con studio in _____ certifico e attesto (conforme visita medica e verifica della documentazione in possesso del partecipante) la idoneità dello stesso alla pratica di attività sportive e/o calcistiche.

Luogo e data: _____

Firma e timbro del medico: _____

Firma del partecipante _____