

CERTIFICATO DI IDONEITÀ MEDICO SPORTIVA
del partecipante al programma-stage "Scuola Calcio Brasil"
2012

(da compilare a cura del proprio medico)

Si prega di compilare e inviare il presente modulo in originale a: **B.E. / DTM** - V.le Toscanini 23 - Cap 20093 - Cologno Monzese (Milano) **Italia**Tel. (+39) 035.982801 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?	Sì () No ()	4) Ha subito o subirà interventi chirurgici?		Sì () No ()	
4.1) Se sì, quali:					
5) Soffre di allergie?	Sì () No ()	5.1) Se sì, quali:			
6) Ha in corso trattamenti farmacologici, fisioterapici?	Sì () No ()	6.1) Se sì, quali:			
7) Assume farmaci particolari?	Sì () No ()	Se sì, quali:			
8) E' allergico ad alcuni farmaci ?	Sì () No ()	Se sì, quali:			
9) Segue delle restrizioni dietetiche	Sì () No ()	Se sì, quali:			
10) E' vegetariano?	Sì () No ()				
11) Quali vaccinazioni ha espletato a tutt'oggi?					
Poliomelite	Sì () No ()	Difteria	Sì () No ()	Tetano	Sì () No ()
TB	Sì () No ()	Asma	Sì () No ()		
Rubéola	Sì () No ()	Varicella	Sì () No ()	Morbillo	Sì () No ()
Otite	Sì () No ()	Otros	Sì () No ()		
Angina pectoris	Sì () No ()	Asma	Sì () No ()	Sì () No ()	Sì () No ()
12) Osservazioni ulteriori:					

Nota 1: <<Autorizzo l'utilizzo dei dati personali e/o desunti dalla pratica, che sono trattati dall'org. B. E. Ltda 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 _____ altri dati _____ conforme visita medica e/o conforme verifica della documentazione in possesso e presentatami dal partecipante, posso certificare ed attestare che lo stesso è "idoneo" a partecipare a stage ed attività di allenamento e giuoco di tipo "sportivo-calcistico".

Luogo e data: _____

Firma e timbro del medico:

Firma del partecipante: