

CONI

FCI

LCP

**SCHEDA
SANITARIA
PER SPORTIVI
PROFESSIONISTI**
(non atleta)

cognome e nome: _____

(ART.7, LEGGE N.91/1981)

Numero d'ordine (n° tessera) codice **NA**

Direttore Sportivo

Nato il/...../..... a



Società Sportiva

Data tesseramento/...../.....

Data istituzione scheda/...../.....

TRASFERIMENTI:

• dalla Società alla Società
in data/...../.....

• dalla Società alla Società
in data/...../.....

• dalla Società alla Società
in data/...../.....

Data interruzione attività professionistica/...../.....

Data trasmissione scheda alla Commissione Medica FCI:/...../.....

N.B.: la scheda rinnovata per esaurimento della precedente deve riportare lo stesso n. d'ordine

MEDICO RESPONSABILE DELLA SCHEDA

• **MEDICO SOCIALE** (*direttore sportivo tesserato per Gruppi Sportivi italiani*)

1. dr.
dal/...../..... al/...../..... società
2. dr.....
dal/...../..... al/...../..... società
3. dr.....
dal/...../..... al/...../..... società

• **MEDICO DI FIDUCIA** (*direttore sportivo non tesserato per Gruppi Sportivi italiani*)

1. dr.....
dal/...../..... al/...../..... società
2. dr.....
dal/...../..... al/...../..... società
3. dr.....
dal/...../..... al/...../..... società

SCHEDA SANITARIA per PROFESSIONISTI NON ATLETI

Professionista _____ nato il _____		<input type="checkbox"/> CONTROLLO SEMESTRALE	<input type="checkbox"/> CONTROLLO NON SEMESTRALE
Società Sportiva _____ Luogo e data _____			
Anamnesi patologica		<input type="checkbox"/> SI Patologia in atto <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Patologia progressa <input type="checkbox"/> NO
note: _____			
Firma del professionista _____			
Esame Obiettivo			
	Segni clinici di malattie in atto	Segni clinici di malattie progressa	
generale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
app. cardiovascolare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
app. locomotore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
app. respiratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Giudizio clinico _____			
Conclusioni			
<input type="checkbox"/> Controindicazione temporanea alla pratica dell'attività professionistica per un periodo di _____ dal _____		<input type="checkbox"/> Nessuna controindicazione alla pratica dell'attività professionistica	
Osservazioni: _____			
Squalifiche per doping: <input type="checkbox"/> SI dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> NO			
Firma e timbro del medico sociale o medico di fiducia _____			