

CONI

FCI

LCP

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

cognome e nome: _____

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

Numero d'ordine (n° licenza) codice **A**

Atleta

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** (*atleta tesserato per Gruppi Sportivi italiani*)

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

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

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

SCHEDA SANITARIA per ATLETI PROFESSIONISTI

Atleta _____
nato il _____

Società Sportiva _____
Luogo e data _____

CONTROLLO SEMESTRALE	CONTROLLO NON SEMESTRALE
-------------------------	--------------------------------

Anamnesi patologica SI Patologia in atto NO

SI Patologia pregressa NO

note: _____

Firma dell' atleta _____

Esame Obiettivo

	Segni clinici di malattie in atto		Segni clinici di malattie pregresse	
generale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
app. cardiovascolare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
app. locomotore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Accertamenti clinici e strumentali

	Segni clinici di malattie in atto		Segni clinici di malattie pregresse	
cardiologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ematochimici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
respiratori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
radiologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Giudizio clinico _____

Conclusioni

Controindicazione temporanea
alla pratica dell'attività
professionistica per un periodo
di _____
dal _____

Nessuna controindicazione
alla pratica
dell'attività professionistica

Osservazioni: _____

Squalifiche per doping: SI dal _____ al _____ NO

Firma e timbro del medico sociale o medico di fiducia

Certificato di idoneità agonistica valido al _____
rilasciato dal Dott. _____
del _____

IDONEO NON IDONEO
 alla pratica dell'attività sportiva agonistica
 ai sensi del D.M. 18/02/82.