



**ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT- F.M.S.I.  
DI TORINO**

*Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport*

STADIO OLIMPICO - Via Filadelfia, 88 - 10134 Torino Tel. 011.396.275 r.a. - Fax 011.325.003- www.imsto.it

**QUESTIONARIO per VISITA DI IDONEITA' allo SPORT AGONISTICO** da compilarsi a cura dei Genitori degli atleti minorenni non accompagnati da un familiare maggiorenne.

**Atleta: Cognome e Nome** .....

**Quali malattie infantili ha avuto?**

Varicella  Morbillo  Rosolia  Parotite epid. (Orecchioni)  Pertosse  Scarlattina  Mononucleosi infettiva  Salmonellosi  Enteriti virali  Epatite B  Vaccinato: Si  No

Altre Epatiti  (specificare) \_\_\_\_\_

Bronchiolite  Broncopolmonite  Polmonite  Otite media acuta

E' stato vaccinato per morbillo – rosolia - parotite Si  No

**Ha avuto svenimenti o convulsioni o perdita di conoscenza?** Si  No

(SE SI SPECIFICARE)

.....  
.....

**Ha avuto INTERVENTI CHIRURGICI?**

Tonsillectomia  Adenoidectomia  Drenaggio transtimpanico  Appendicectomia

Ernia inguinale: destra  sinistra  Circoncisione (fimosi)  Testicolo ritenuto destro  sinistro

Altri interventi? No  Si

(SE SI SPECIFICARE)

.....  
.....

**E' stato ricoverato in ospedale?** Si  No

(SE SI SPECIFICARE)

.....  
.....

**Ha subito traumi o fratture?** Si  No

(SE SI SPECIFICARE)

.....  
.....  
.....

(SEGUE)

E' attualmente in cura con farmaci? Si  No   
(SE SI SPECIFICARE)

.....  
.....

Nella famiglia del ragazzo/a (genitori, nonni, fratelli e sorelle) ci sono o ci sono stati casi di diabete, pressione alta, malattie di cuore o malattie ereditarie e quali? Si  No   
(SE SI SPECIFICARE)

.....  
.....

### DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a.....genitore del ragazzo/a..... dichiaro di aver informato esattamente il Medico riguardo le condizioni di salute attuali e precedenti di mio figlio/a. Dichiaro inoltre che mio figlio/a non è mai stato/a dichiarato/a NON IDONEO in precedenti visite medico sportive.

Firma leggibile del genitore dichiarante \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo L'ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO ad utilizzare i dati clinici di mio figlio per la statistica e la ricerca esclusivamente all'interno dell'ISTITUTO senza alcun riferimento nominativo (D.Lgs. 196/2003).

Firma leggibile del genitore dichiarante \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali "sensibili", nei limiti in cui sia strumentale per la finalità perseguita dall'operazione o dal servizio, ai sensi dell'articolo 26 del DLGS 196/2003, esprimo il consenso.

\*\*\*

Per quanto riguarda la comunicazione dei dati personale a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione dell'operazione o dell'esercizio, esprimo il consenso.

\*\*\*

Esprimo altresì il mio impegno a comunicarvi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in vostro possesso.

Firma leggibile del genitore dichiarante \_\_\_\_\_

Data.....