

## FOGLIO ANAMNESTICO

Nome .....  
 Cognome .....  
 Data di nascita .....  
 Luogo di nascita .....

Sei a conoscenza se un tuo parente (genitori, fratelli, nonni) sia morto improvvisamente prima dei 50 anni? SI NO

Hai familiarità per diabete e/o ipertensione arteriosa? SI NO

Sei mai svenuto o hai perso conoscenza? SI NO

Soffri di qualche patologia particolare? Se si quale? SI NO

.....

Ti è mai stato riscontrato un soffio cardiaco o altre problematiche cardiache? SI NO

Sei sempre stato dichiarato idoneo alla visita per la pratica sportiva? SI NO

Soffri o hai sofferto di asma? SI NO

Hai subito interventi chirurgici? Se si quali? SI NO

.....

Fumi? SI NO

Bevi alcolici? SI NO

Fai uso di sostanze stupefacenti? SI NO

Assumi qualche farmaco? Se si quali? SI NO

.....

FIRMA (dei genitori se minorenni)

.....