

# Formulario medico

ATLETA (Nome, Cognome): \_\_\_\_\_ Data di nasc. \_\_\_\_\_

## Persona da contattare in caso di emergenza:

Nome, Cognome: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI:

DENOMINAZIONE	SÌ	NO						
Diabete								
Patologie polmonari								
Emofilia/Coagulopatie								
Disturbi comportamentali								
Epilessia								
Malattia/ Insufficienza cardiaca								
Incontinenza								
Test di instabilità atlanto-assiale per la trisomia 21 eseguito								
Allergie:   Medicamenti (quali?) _____ Punture di insetto (quali?) _____ Alimenti (cosa?) _____								
Dieta specifica                   vegetariana                   senza carne di maiale								
Medicamenti assunti regolarmente?								
Medicamento	Mattina		Mezzogiorno		Sera		Notte	
	Ora	Dose	Ora	Dose	Ora	Dose	Ora	Dose
Commenti:								

Questo formulario è a disposizione dell'equipe medica durante l'evento e sarà distrutto in seguito. Per principio i Coach sono i responsabili della corretta assunzione dei medicinali.

La preghiamo di indicarci i medicinali necessari in caso di emergenza (per es.: un attacco di epilessia o allergia):

Nome del medicamento \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Particolarità \_\_\_\_\_

L'Head Coach conferma, al momento dell'iscrizione, che tutti le atlete e gli atleti iscritti sono in buone condizioni fisiche e che, in caso di necessità, sono stati effettuati tutti gli esami e prese le misure mediche per poter praticare la propria disciplina sportiva senza subire infortuni. L'Head Coach porta la responsabilità e decide se e come l'atleta può partecipare alla disciplina sportiva. L'organizzazione e Special Olympics Switzerland declinano ogni responsabilità in caso di incidenti e lesioni.

Sì  , Confermo di aver compreso il formulario e di averlo compilato in modo veritiero.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Persona di contatto)