



FEDERAZIONE ITALIANA KICKBOXING MUAY THAI SAVATE SHOOT BOXE SAMBO MMA

Da presentarsi obbligatoriamente per la partecipazione a Gare di MMA SENZA COLPI ALLA TESTA

(tutte le categorie maschili e femminili. Per le categorie femminili aggiungere anche Allegato MMA-2)

Luogo e data della competizione

Dichiarazione anamnestica

Atleta: Cognome..... Nome.....

Data e luogo di nascita Nazionalità.....

N° tessera Associazione e/o Società.....

Data dell'ultimo combattimento..... Verdetto.....

Data dell'ultimo combattimento in sport affini (pugilato ecc).....Verdetto.....

	Si	No
Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente?		
1. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Visione doppia o offuscata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Svenimento e/o perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sì, quali?		
Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sì, quali?		

In caso di **ATLETA MINORENNE**, gli esercenti la responsabilità genitoriale Sig/Sig.ra.....

.....(di cui si allega copia dei documenti di identità) sottoscrivono quanto

sopra dichiarato e **DELEGANO** il Tecnico accompagnatore Sig/Sig.ra.....

per eventuali adempimenti sanitari correlati.

Firma..... Firma.....

Data.....

Firma dell'atleta

o degli esercenti la responsabilità genitoriale.