



Allegato A

FEDERAZIONE ITALIANA KICKBOXING

Dichiarazione pre-gara per atleti che partecipano in discipline a contatto pieno (uomini e donne)

Luogo e data del combattimento: _____

Tipo di riunione (es.: normale, campionato, ecc.): _____

Domande per l'atleta

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Nazionalità: _____

Associazione e/o Società: _____ N° tessera e/o licenza: _____

Peso _____ Data dell'ultimo combattimento: _____ verdetto: _____

Data dell'ultimo combattimento in sport affini (pugilato, ecc): _____ verdetto: _____

Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente? (Scrivere Si / No nelle parentesi)

- | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------|
| 1. Mal di testa () () | 2. Vertigini () () | 3. Nausea o vomito () () |
| 4. Visione doppia o offuscata () () | 5. Svenimento e/o perdita di coscienza () () | |
| 6. Convulsioni () () | | |

Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni? () ()

Se sì, quali? _____

Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni? () ()

Se sì, cosa? _____

Data: _____

Firma dell'atleta: _____

Per presa visione del medico (specialista in medicina dello sport) che effettua la visita pre-gara.

Timbro e firma _____