

Modulo 2

Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA
Dipartimento di Prevenzione -Medicina dello Sport
Largo Antonio Sgrò – Enna – Tel. 0935-520659/4

Foglio di anamnesi da firmare da parte dei genitori di atleti minori

Il minore _____

Nato a _____ il _____

O - NON HA PARENTI DECEDUTI PER MORTE IMPROVVISA O MALATTIE
CARDIACHE, O CHE ABBIANO AVUTO MALATTIE CARDIACHE O CONGENITE.

O - HA PARENTI DECEDUTI PER MORTE IMPROVVISA O CHE HANNO SOFFERTO
DELLE SEGUENTI MALATTIE (specificare quali):

-HA SUBITO I SEGUENTI INTERVENTI CHIRURGICI:

-HA SUBITO I SEGUENTI INFORTUNI:

-HA AVUTO O HA LE SEGUENTI MALATTIE :

DATA: ____/____/____ Firma del Genitore _____