

## SCHEDA SANITARIA PER CORSO DI ATTIVITA' MOTORIA

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Lib. sanitario n° \_\_\_\_\_

### A CURA DEL MEDICO CURANTE:

1) Condizione generali \_\_\_\_\_

2) Malattie sofferte in passato \_\_\_\_\_

3) Alvo \_\_\_\_\_

4) Diuresi \_\_\_\_\_

5) Allergie \_\_\_\_\_

6) Sistema nervoso \_\_\_\_\_

7) Apparato cardiocircolatorio \_\_\_\_\_

8) Apparato respiratorio \_\_\_\_\_

9) Apparato digerente \_\_\_\_\_

10) Sistema osteo-muscolare \_\_\_\_\_

11) Altri fattori patologici \_\_\_\_\_

12) P.A. \_\_\_\_\_

13) Idoneo ad attività motoria \_\_\_\_\_

14) Lavoro consigliato \_\_\_\_\_

**15) Validità      mesi** \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_

Altopascio li \_\_\_\_\_