

Modulo 2

Regione Siciliana  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA**  
Dipartimento di Prevenzione -Medicina dello Sport  
Largo Antonio Sgrò – Enna – Tel. 0935-520659/4/1

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 \_\_\_\_\_