

imię i nazwisko zawodnika			
Data urodzenia			
Dyscyplina sportu, ilość godzin treningu/tydzień			
Czy kiedykolwiek zostałeś/aś zdyskwalifikowana z uprawiania sportu	TAK	NIE	
Czy kiedykolwiek podejrzewano lub zdiagnozowano u Ciebie	Astma	TAK	NIE
	Cukrzyca	TAK	NIE
	Szmery nad sercem	TAK	NIE
	Nadciśnienie	TAK	NIE
	Inne choroby serca i układu krążenia	TAK	NIE
Inne choroby	TAK	NIE	
Czy leczysz się teraz lub w przeszłości w poradniach specjalistycznych	TAK	NIE	
Czy byłeś/aś kiedykolwiek hospitalizowany	TAK	NIE	
Czy przyjmujesz jakieś leki lub suplementy na stałe. Jeżeli tak jakie:	TAK	NIE	
Czy palisz papierosy	TAK	NIE	
Czy ktokolwiek z Twoich krewnych zmarł przed 50 rokiem życia	TAK	NIE	
Czy ktokolwiek z Twoich krewnych choruje lub chorował na choroby takie jak: Cukrzyca, astma, kardiomiopatia, przerost serca, choroba Marfana, zespół długiego QT, * jeżeli tak zakreśl kółkiem odpowiednią chorobę	TAK	NIE	
Czy ktokolwiek z Twoich krewnych miał zawał, udar, miażdżycę ?	TAK	NIE	
Czy ktokolwiek w Twojej rodzinie miał niewyjaśnione omdlenia, utraty przytomności lub zmarł nagle.	TAK	NIE	
Czy miałeś/aś urazy głowy	TAK	NIE	
Czy miałeś/aś złamania, skręcenia. Jeżeli tak jakie i kiedy	TAK	NIE	
Czy kiedykolwiek zemdlałeś lub straciłeś przytomność	TAK	NIE	
Czy miałeś/aś urazy oka, nagłą utratę wzroku	TAK	NIE	
Czy nosisz okulary/soczewki. Jakiej mocy?	TAK	NIE	
Czy miewasz zawroty głowy?	TAK	NIE	
Czy miewasz bóle w klatce piersiowej?	TAK	NIE	
Czy odczuwasz nierówne bicie serca?	TAK	NIE	
Czy odczuwasz ból w okolicy stawów kolanowych?	TAK	NIE	
Czy odczuwasz ból w okolicy pięt?	TAK	NIE	
Czy miewasz obrzęki?	TAK	NIE	
Czy odczuwasz jakiegokolwiek dolegliwości, objawy ból, które nie zostały wymienione powyżej?	TAK	NIE	

Świadomy/świadoma konsekwencji prawnych i medycznych zaświadczam własnoręcznym podpisem, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że nie zatajam żadnych chorób i dolegliwości.

Miejscowość:.....data:.....

Podpis zawodnika lub rodzica/opiekuna prawnego:.....