**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА**

(заполняется спортсменом/родителями (опекунами/попечителями)/законными представителями)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Фамилия*** | ***Имя*** | ***Отчество*** | ***Дата рождения*** |
| ***Адрес*** |  |
| ***Пол******(М/Ж)*** |  | ***Город*** |  |
| **НЕТ** |  | **ДА** | **примечания** |
|  | Потеря сознания по любым причинам, головокружение, головная боль |  |  |
|  | Глазные заболевания (кроме ношения очков) |  |  |
|  | Астма |  |  |
|  | Аллергия на медицинские препараты, лекарства |  |  |
|  | Диабет |  |  |
|  | Заболевания сердца |  |  |
|  | Заболевания желудка (язва и т.п.) |  |  |
|  | Гипертония, гипотония |  |  |
|  | Заболевания мочеполовых органов |  |  |
|  | Эпилепсия, судороги, конвульсии |  |  |
|  | Нервные заболевания |  |  |
|  | Заболевания рук, ног, суставов, судороги мышц |  |  |
|  | Заболевания крови, несвертываемость крови |  |  |
|  | Перенесенные операции |  |  |
|  | Принимаете ли Вы какие-либо лекарства постоянно? |  |  |

А. У меня нет медицинских противопоказаний для занятий спортом.

Б. Я не принимаю наркотики и не злоупотребляю алкоголем.

В. В случае получения травмы или заболевания, я разрешаю медицинскому персоналу оказать необходимую медицинскую помощь и сообщить соответствующую информацию в компетентные органы и заинтересованным лицам

Г. Я подтверждаю достоверность предоставленной мной информации.

Д. Я согласен с тем, что информация о моем медицинском осмотре будет передана в компетентные органы и заинтересованным лицам.

Дата:

Подпись заявителя

(родители/опекун/попечитель/законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_