**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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_