



Unione Italiana Kung Fu Tradizionale



Dichiarazione pre-gara per tutti i combattenti a CONTATTO PIENO (uomini e donne)

Luogo e data del combattimento:
Domande per il/la combattente
Cognome e nome:
Data e luogo di nascita:
Nazionalità:
Dilettante () Pro () Associazione e/o Società: Peso:
Data dell'ultimo combattimento: Verdetto:

Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente?	Si	No
1. Mal di testa	()	()
2. Vertigini	()	()
3. Nausea o vomito	()	()
4. Visione doppia o offuscata	()	()
5. Svenimento e/o perdita di coscienza	()	()
6. Convulsioni	()	()
Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni?	()	()
• Se sì, quali?:		
Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni?	()	()
• Se sì, cosa?:		

Firma del/la combattente:

Domande per il tecnico e/o dirigente dell'Associazione o Società
Cognome e nome:
Data e luogo di nascita:
Nazionalità:
Associazione e/o Società:

Hai notato ultimamente cambiamenti nel combattente riguardo i seguenti punti?	Si	No
1. Attenzione o concentrazione:	()	()
2. Memoria	()	()
3. Linguaggio	()	()
4. Comportamento	()	()
5. Allenamento (velocità)	()	()
• Se sì, quali?		

Firma del tecnico e/o dirigente di Associazione e/o Società:

Data:

Per presa visione del medico (specialista in medicina dello sport) che effettua la visita pre-gara.

Timbro e firma:



Unione Italiana Kung Fu Tradizionale



Pre-bout Medical Questionnaire for all fighters in full contact competitions in Italy (Male and female)

Place and date of bout:

Questions for the fighter

Surname and name:

Date and place of birth:

Nationality:

Amateur () Pro () Club: Weight :

Date of last bout: Verdict:

Have you suffered from any of the following complaints?

Yes No

1. Headaches () ()

2. Dizziness () ()

3. Nausea or vomiting () ()

4. Double or blurred vision () ()

5. Fainting and/or lost of consciousness () ()

6. Convulsions /Seizures () ()

Have you taken any medication, drug, supplements within the last 90 days? () ()

• If yes, which kind?:

Have you had illnesses or injuries over latest 120 days () ()

• If yes which ones?:

Fighter's signature:

Questions for the Coach/ Technician/ Accompanying Official

Surname and name:

Date and place of birth:

Nationality:

Club:

Have you noticed any changes in your fighter regarding the following?

Yes No

1. Attention or concentration: () ()

2. Memory () ()

3. Speech () ()

4. Behaviour () ()

5. Sparring (Speed) () ()

• If yes what kind?:

Coach's signature:

Date:

Signature and Stamp of Visiting Medical Doctor.

Stamp and signature