

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI FISILOGICHE
(Prego scrivere tutte le informazioni e completarle in lingua inglese)

Nome Atleta: _____

Paese: _____

Numero di registrazione (se noto): _____

Alcune condizioni fisiologiche potrebbero ostacolare un atleta nella corretta esecuzione della corsa secondo le norme IAADS. Questo form deve essere usato per documentare queste condizioni in modo che lo staff Medico e Tecnico della IAADS possa autorizzare una deroga alle regole IAADS. Queste deroghe saranno valutate dallo staff Medico e Tecnico della IAADS durante le competizioni.

Questo form deve essere compilato ogni due anni (2 anni), per una eventuale modifica delle condizioni.

DICHIARAZIONE: Il sopra citato atleta dichiara che le seguenti condizioni fisiologiche personali influiscono sulla sua capacità di compiere gesti tecnici in accordo con le regole IAADS (Si prega provvedere ad una diagnosi schematica dell'impedimento/condizioni fisiche, insieme con una stima degli effetti sulle funzioni dell'atleta)

Continuate su altro foglio se necessario. Prego allegare dettagli della diagnosi medica/condizione fisica per un accertamento dell'ufficiale medico della IAADS.

DIAGNOSI: idoneo Si prega di allegare lettera/certificato medico che attesti:

Down Syndrome Mosaic Down Syndrome

AAI – Instabilità Atlanto Assiale

Symptomatic AAI Asymptomatic AAI No instabilità

1. L'atleta ha appropriate condizioni fisiche per partecipare alla competizione?

Si No Restrizioni _____

2. L'atleta prende farmaci? Si No Se si, quali?

Sostanze (nome generico)	Dosaggio	Via di somministrazione	Frequenza di somministrazione
1			
2			
3			

Durata del trattamento	Una volta soltanto <input type="checkbox"/> In emergenza <input type="checkbox"/>
	Durata (settimana/mese)

3. L'atleta ha alcune allergie a farmaci? Si No Se si, Quali?

4. L'atleta ha alcune allergie a cibi? Si No Se si, Quali?

5. L'atleta ha alcune intolleranze a cibi? Si No Se si, Quali?

6. Stato di salute: Allergie Asma Dermatite Epilessia Polmonite

7. Interventi Chirurgici _____

8. Trattamenti speciali: _____

9. Vaccini: Tetano __/__/__; Epatite __/__/__

DICHIARAZIONE DEL MEDICO E DELL'ATLETA

Certifico che il sopra riportato trattamento è appropriato e che l'uso di medicinali e trattamenti alternativi devono essere registrati su un TUE Form in accordo con un codice WADA.

INFORMAZIONI DEL DOTTORE CHE CERTIFICA

Nome	
Specializzazione	
Indirizzo	
Numero telefonico	
Fax	
Email	
Firma	(timbro)

Firma dell'atleta	
Firma del tutore (se l'atleta è minore)	
Nome del tutore	Data

MODULISTICA

	FORMS RICHIESTI	CHECK
	FORM DI REGISTRAZIONE/APPLICAZIONE	
	DICHIARAZIONE DI CONDIZIONI FISILOGICHE	
	CONDIZIONI MEDICHE CHE POSSONO RICHIEDERE MISURE DI EMERGENZA	
	CONFERMA DELLA PRESENZA DI SINDROME DI DOWN O MOSAICO	
	REPORT MEDICI APPROPRIATI	
	AAI LETTER	
	AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI	
	3 FOTO TESSERA	
	PAGAMENTO REGISTRAZIONE	

NOTE A COMPLETAMENTO

QUESTO FORM DEVE ESSERE COMPLETATO IN INGLESE

Assicuratevi di aver completato tutte le parti di questo form

Gli atleti che fossero stati precedentemente registrati devono completare solo la parte intitolata "Registration Application" e ad essi viene richiesto solo di completare quei forms in cui ci sono stati cambiamenti o nei quali nuove deroghe regolamentari siano richieste.

Assicuratevi di aver allegato documenti certificati e firmati dei report medici e di tutta l'ulteriore documentazione di accompagnamento.

Nella prima applicazione un Report Cromosomico deve essere presentato come conferma della Diagnosi di Trisomia 21 oppure Mosaico. Atleti che non produrranno sufficienti prove saranno considerati come Sindrome di Down Mosaico ai fini delle competizioni. Il report cromosomico è richiesto solo in caso di Registrazione iniziale o di avvenuto cambio se noto.

Atleti devono provvedere a presentare evidenze sullo status AAI (Instabilità Atlanto Assiale); prego notare che tutte le persone certificate con Symptomatic AAI non saranno autorizzate a partecipare.

Dove un form richieda un numero di registrazione questo deve essere lasciato in bianco se questa fosse una prima applicazione.

NOTA: Form addizionale per altri membri dello staff che non siano atleti

poiché in una competizione ci sono, oltre agli atleti, anche membri dello Staff, allenatori, genitori, parenti, tutori, lo staff medico IAADS ha avvisato noi che per ragioni di sicurezza, dobbiamo avere informazioni su tutti i componenti dello staff della delegazione che partecipa alla competizione.

Per questo motivo alcune informazioni saranno richieste per completezza d'informazione a tutti i membri dello staff delle delegazioni che parteciperanno a competizioni IAADS e queste saranno allegate insieme all'Application Pack per gli atleti.

REGISTRAZIONE

NOME

Atleta – Tecnico - Allenatore - Genitore/Tutore

NUMERO DI REGISTRAZIONE (SE CONOSCIUTO):

INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME

NOME

NAZIONALITA'

NUMERO DI PASSAPORTO

SCADENZA __/__/____

DATA DI NASCITA __/__/____

SESSO M-F

Diagnosi: Down Syndrome 21 Mosaic Down Syndrome

Atlanto Axial Instability Symptomatic AAI Asymptomatic AAI Clear

CONTATTI:

INDIRIZZO

TELEFONO

FAX

EMAIL

INFORMAZIONE DEL GENITORE/TUTORE

NOME

COGNOME

INDIRIZZO	
TELEFONO	
FAX	
EMAIL	
URGENZE	
FIRMA	

I Team Managers sono responsabili nell'assicurare che gli atleti siano in possesso di assicurazione medica per il viaggio fuori dai confini nazionali. Per favore portare sempre con sè prova dell'assicurazione quando viaggiate.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Accetto che tutte le informazioni contenute in questo form saranno utilizzate in base alle necessità della IAADS e altri organizzazioni associate per confermare il mio status di atleti con Sindrome di Down o Sindrome di Down Mosaico e che queste informazioni saranno processate in files in base alle necessità della IAADS.

Firma _____

Data _____

Se l'atleta fosse minore

Firma del parente/tutore _____

Data: _____

Nome: _____

Relazione: _____