#

# Medical Report

(Versione : 01.04.2021)

Cognome, nome:       Data della visita:

Data di nascita:       Disciplina:

**A : Problemi medico-sportivi:**

1.

2.

3.

4.

**B : Altri problemi medici:**

1.

2.

3.

4.

**Ulteriori esami e accertamenti specialistici consigliati:**

1.

2.

3.

**Raccomandazioni:**

1.

2.

3.

**Altri risultati:**

Altezza :       cm (     -      percentile) Peso :       kg (     -      percentile)
BMI :       kg/m2 (     -      percentile)

Pressione arteriosa:      /      mmHg Frequenza cardiaca:       / min

ECG :

**Data**       **Firma e timbro del medico**