

Sportági kategória vizsgálati adatlap



<i>A szürkével jelzett részt a vizsgáló szakember tölti ki!</i>	
Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
Elérhetőség (email/tel.sz):	
Sportág:	
Egyesület neve, elérhetősége (email/tel.sz):	
Edző neve, elérhetősége (email/tel.sz):	
<i>A szürkével jelzett részt a vizsgáló szakember tölti ki!</i>	
Diagnózis (BNO kóddal):	
Epilepszia:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Gyógyszer:	<input type="checkbox"/> igen: <input type="checkbox"/> nem
Allergia:	<input type="checkbox"/> igen: <input type="checkbox"/> nem
Asztma:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Segédeszköz:	<input type="checkbox"/> igen: <input type="checkbox"/> nem
Korábbi műtétek, egészségügyi ellátás:	
Hány éve sportol?	
Hetente hány alkalom?	
Hetente hány óra/mekkora táv/alkalom?	
Edzővel?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem:
Milyen más sportágot űz?	
Az elmúlt egy évben hány sportági versenyen vett részt?	

Alulírott kijelentem továbbá, hogy mint személyes adatok jogosultja, a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja alapján jelen nyilatkozatom útján kifejezetten h o z z á j á r u l o k ahhoz, hogy a Magyar Paralimpiai Bizottság, mint adatkezelő a jelen nyilatkozatomban szereplő személyes adataimat megismerje, azokat kezelje és szükség szerint továbbítsa.

A szürkével jelzett részt a vizsgáló szakember tölti ki!

Igényel-e segítséget sportolás során (edzés, versenyzés)? Ha igen, mit?

Sérülés ideje (veleszületett - korai - 14 év előtt - 14 év után):

Iskolai testnevelés (ált. isk. normál testnev. - Mexikói út - Pető Int. - egyéb, mi):

Foglalkozás (tanuló - rokkant nyugdíjas - aktív dolgozó):

Megjegyzés, észrevétel:

Vizsgálat eredménye

Sportág:

Alapkategória:

Sportági kategória:

Úszás kategória: S (FV130+T50+AV100=280)

SB (mell: FV110+T40+AV120=270)

M (3xS+1B/4)

Kivételi kódok:

Dátum:

vizsgáló orvos

vizsgáló szakember

sportoló

törvényes képviselő

(18. életévet be nem töltött sportoló esetén)