



# WORLD ASSOCIATION OF KICKBOXING ORGANIZATIONS

استبيان واكو الطبي  
الفحص الطبي الرياضي

الحدث:

يرجى قراءة المعلومات الواردة أدناه بعناية ، واستكمال المعلومات المطلوبة والتاريخ والتوقيع باسمك. يجب إكمال هذا النموذج وإعادته إلى مسؤول المراقبة الطبية عند التسجيل.

الاسم: \_\_\_\_\_ ID الرياضة: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الدولة: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

فئة الوزن: \_\_\_\_\_ كلغ \_\_\_\_\_ النمط: \_\_\_\_\_

لا	نعم	
		هل عانيت من أي أمراض في وقت سابق؟
		هل ولدت مع فقدان أي جزء من أجزاء جسمك؟
		هل سبق لك أن عولجت في المستشفى؟
		هل تتناول أي دواء بشكل منتظم؟
		هل تتناول أي مواد غذائية مكمل؟
		هل سبق لك أن أغمي عليك أثناء التدريب أو بعده؟
		هل عانيت من أي ألم في الصدر؟
		هل عانيت من قبل من ارتفاع ضغط الدم؟
		هل أصبت من قبل بأي أمراض جلدية؟
		هل لديك أي شكاوى جلدية في الوقت الحالي؟
		هل تعاني من الربو؟
		هل لديك أي مشاكل تتعلق بعظامك أو مفاصلك أو أوتارك أو عضلاتك؟
		هل سبق أن تعرضت لإصابة في الجمجمة مصحوبة بفقدان للوعي؟
		هل عانيت من صداع في الأيام العشرة الماضية؟
		هل لديك تقويم أسنان؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى إرفاق شهادة تقويم الأسنان!
		هل أنت في كثير من الأحيان تتبع نظاما غذائيا

يرجى تقديم مزيد من التفاصيل حول الإجابات بعبارة "نعم":

أعلن رسمياً أنني مسؤول مسؤولية كاملة عن إجاباتي الواردة أعلاه. أقر أيضاً ، وفقاً للاتحة (الاتحاد الأوروبي) (GDPR) 2016/679 ، أنني أدرك أن البيانات التي تم جمعها من خلال هذا المستند ستتم معالجتها للأغراض الموضحة في إشعار خصوصية WAKO وأنني قد أخذت رؤية هذا الأخير وفقاً للمادة 13 من اللائحة العامة لحماية البيانات.

التاريخ: \_\_\_\_\_ إمضاء: \_\_\_\_\_

بالنسبة للاعب الكيك بوكسر الذي يقل عمره عن 18 عامًا ، فإن توقيع الوالد أو الوصي القانوني:

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني

WAKO HQ: Via Alessandro Manzoni, 18 - 20900 Monza (MB) Italy  
E-mail: [administration@wako.sport](mailto:administration@wako.sport) - Tel. +39 3450135521 - Fax +39 039 2328901 - Web: <http://www.wako.sport>

1/1