



CORSO -YOGA GRAVIDANZA - Intensamente coccolati -

La sottoscritta

Nata a in data.....

Residente a Provincia cap

via/piazza n°.....

Telefono/cellulare.....

e-mail

Codice Fiscale

Data presunta parto Ospedale città (prov).....

SI PRENOTA

alla lezione di prova GRATUITA Yoga gravidanza del (data) ore
.....

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE IN CONDIZIONE FISICA ADEGUATA ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA, DI NON FARE USO DI FARMACI NEUROLETTICI E DI AVERE:

- | | | |
|-----------------------------------|----|-------------------------------------|
| • Ipertensione | no | si in cura no/si (se si dove?.....) |
| • Patologie pregresse | no | si (se si quali?.....) |
| • Patologie in gravidanza | no | si (se si quali?.....) |
| • Diabete | no | si in cura no/si (se si dove?.....) |
| • Sintomi, disturbi in gravidanza | no | si (se si quali ?.....) |
| • Edemi | no | si (se si dove?.....) |
| • Giramenti di testa | no | si (se si quando? |
| • Affanno in attività quotidiana | no | si (se si quando?.....) |
| • Affanno a riposo | no | si (se si quando?.....) |

Ultimo controllo ostetrico/ginecologico data.....

Dichiara altresì

che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva il Centro il Melograno e la collaboratrice Elena De Donato da qualsiasi responsabilità derivante da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo. **Non si autorizzano registrazioni delle lezioni.**

Data

Firma
