

---

## CORSO -YOGA GRAVIDANZA - Centro il Melograno-

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 .....

---