



# CORSO -YOGA in FASCIA®/MAMMA.BEBE'

- Centro Il Melograno - 

La sottoscritta ..... Nata a .....

in data..... Residente a .....Prov.....cap.....

via/piazza ..... n°.....Telefono/cellulare.....

e-mail .....

codice fiscale .....

madre di .....Nato a (ospedale).....

in data ..... SI PRENOTA

alla lezione di prova Yoga mamma bebè/in fascia® di (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 NEUROLETICI, DI AVERE UNA PRESA SICURA NEL SOSTEGNO DEL BAMBINO, DI AVERE A DISPOSIZIONE UNO SPAZIO A TERRA NON SCIVOLOSO PER LA PRATICA, DI INDOSSARE CALZE ANTISCIVOLO IN MANCANZA DELLE QUALI PRATICARE A PIEDI SCALZI, DI AVER SVOLTO (per lo Yoga in fascia) CONSULENZA BABYWEARING PREGRESSA C/O MELOGRANO E FORNISCE LE SEGUENTI INDICAZIONI:

### Mamma:

- Patologie pregresse o in atto no si (quali?.....)
- Primipara si no (numero.....)
- Aborti spontanei no si (trimestre/quantità?.....)
- Parto corrente naturale si no (motivo.....)
- Complicanze/disturbi post-partum no si (Quali?.....)
- Depressione post partum no si (in cura?.....)
- Sonno materno regolare si no (ore per notte.....)
- Allattamento al seno si no (se smesso, quando? .....
- 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?.....)
- Reflusso gastrico no si (se si quando?.....)
- Ultimo controllo ostetrico/ginecologico data.....

### Bambino:

- Sofferenza fetale no si (in cura?.....)
- Sonno notturno regolare si no (numero risvegli.....)
- Co-sleeping si no (dove dorme il bimbo?.....)
- Gradimento posizione prona no si (se si quando?.....)
- Mobilità autonoma (rotola, sta seduto, gattona) (indicare quali.....)
- Reflusso gastrico no si (in cura?.....)
- Svezamento no si (quali pasti.....)

## DICHIARA ALTRESI'

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 fisica o psichica non dichiarate nel presente modulo. **Non si autorizzano registrazioni delle lezioni.**

Data .....

Firma .....