



# CORSO *YOGA* in FASCIA®/MAMMA.BEBE' - Intensamente coccolati -



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 .....

IN