

EVENTI - YOGA Nascita& dintorni - Centro Il Melograno -

Il/La sottoscritto/a Nato/a a

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

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

e-mail

già praticante yoga (si/no)..... se si, quale yoga e da quanto tempo?

GENITORE DEL MINORE (in caso si aggiunga un partecipante minorenni):

NomeCognome

Data e luogo di Nascita.....

Residenza (via, nr. civico, località, prov)

SI ISCRIVE (e ISCRIVE IL MINORE)

All'evento/lezione/incontro/laboratorio del (data)

- YOGA GRAVIDANZA
- YOGA GRAVIDANZA PER COPPIE IN ATTESA
- YOGA IN FASCIA®
- YOGA MAMMA BEBE'

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 AVER SVOLTO (solo per lo Yoga in fascia®) VALUTAZIONE O CONSULENZA BABYWEARING PREGRESSA C/O MELOGRANO E FORNISCE LE SEGUENTI INDICAZIONI:

Mamma:

• Patologie pregresse o in atto	no	si (quali?.....)
• Primipara	si	no (numero parti.....)
• 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.**

CONSENTE

Alla ripresa e uso di MATERIALE VISIVO che riguarda sé e/o il minore come soggetti, a scopo promozionale nelle seguenti forme:

	sé stesso		il minore	
Immagini frontali	SI	NO	SI	NO
Immagini riprese di spalle	SI	NO	SI	NO
Video frontali	SI	NO	SI	NO
Video con riprese di spalle	SI	NO	SI	NO

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 della lezione.**

Data

Firma