



CORSO YOGA BAMBINI - metodo GiocaYoga® - Intensamente Coccolati -

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
in data..... Residente aProv.....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 il partecipante sia minorenne):
NomeCognome

Data e luogo di Nascita.....

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

SI PRENOTA (O PRENOTA IL MINORE)

alla lezione/corso di Yoga del (data/giorno) ore
.....

DICHIARA

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

- | | | | |
|----------------------------------|----|----|----------------------------------|
| • Ipertensione | no | si | in cura no/si (se si dove?.....) |
| • Ipotensione | no | si | in cura no/si (se si dove?.....) |
| • Patologie particolari | no | si | (se si quali?.....) |
| • Sintomi, disturbi particolari | no | si | (se si quali ?.....) |
| • 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?.....) |

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