SUNSHINE·YOGA
NA EDUCAÇÃO

Ficha de inscrição

Data de início:____/_____/_____

Informação sobre os cuidadores

Cuidador

Nome:_____Profissão:_____

Telemóvel:_____Email:_____

Cuidador

Nome:_____Profissão:_____

Telemóvel:_____Email:_____

Tem alguma condicionante de saúde ou médica que seja importante saber para a prática de yoga? _____

Se sim, especifique:_____ Já frequentou aulas de Yoga?_____

Informação sobre a criança

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/_____/_____

Historial médico:

__ Asma ___ Problemas cardíacos ___ Refluxo gástrico __ Cólicas __ Problemas respiratórios __ Convulsões

__ Condicionantes ao nível osteo-articular __ Condicionantes de doença crónica

Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? _____ Se sim, especifique:_____

Atualmente toma algum tipo de medicação? _____ Se sim, especifique:_____

Qual a razão? _____

Outras considerações que ache pertinente:_____

Informação genérica

Como teve conhecimento das aulas de Yoga ? _____

O que espera obter participando nas aulas de Yoga? _____

Declaração

Declaro que tomei conhecimento das Condições Gerais e que eu e a minha criança nos encontramos em condições físicas e de saúde adequadas para frequentar as aulas de Yoga. Responsabilizo-me inteiramente pela segurança da minha criança durante a prática.

Assinatura _____