



STAN ZDROWIA DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO

TELEFON

ADRES

1. Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo?
 TAK NIE
2. Czy dziecko aktualnie się na coś leczy co może utrudnić uczestnictwo w zajęciach ruchowych?
 TAK NIE
Jeśli tak to na co _____
3. Czy jest na coś uczulone?
 TAK NIE
Jeśli tak to na co _____
4. Czy dziecko ma skłonność do krwawień?
 TAK NIE
5. Czy dziecko miało epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?
 TAK NIE
6. Inne dolegliwości dziecka lub inne ważne informacje o dziecku odnośnie do uczestnictwa w zajęciach ruchowych:

Sensory Gym

Klient