

UPITNIK ZA POLAZNIKE JOGE (DJECU)

Svi podaci iz ovog upitnika bit će tajni. Koristit će se isključivo u svrhu provedbe što kvalitetnijeg programa vježbanja, te kako bismo spriječili moguće ozljede.

Prije nego dijete započne vježbati, preporučili bismo Vam da se posavjetujete s njegovim/njezinim liječnikom.

Ime i prezime djeteta: _____

Datum rođenja djeteta: _____

Koliko puta tjedno dijete vježba (molimo zaokružiti): rjeđe od dvaput češće

Ima li dijete zdravstvenih problema sa sljedećim: (molimo zaokružiti)

- | | | |
|-------------------------------------|-------|----|
| 1. Srce: | da | ne |
| 2. Dišni sustav: | da | ne |
| 3. Kralježnica: | da | ne |
| 4. Zglobovi: | da | ne |
| 5. Dijabetes: | da | ne |
| 6. Povišeni kolesterol: | da | ne |
| 7. Očni tlak: | da | ne |
| 8. Osteoporoza: | da | ne |
| 9. Moždana kap: | da | ne |
| 10. Ravnoteža: | da | ne |
| 11. Ostalo što bi moglo biti bitno: | _____ | |

Svojom potpisom potvrđujem točnost ispunjenih podataka i obvezujem se da ne tajim nikakve zdravstvene poteškoće, koje bi zbog vježbanja mogle ugroziti djetetovo zdravstveno stanje.

Također potvrđujem da snosim punu odgovornost ukoliko se dijete ozlijedi zbog nepridržavanja uputa koje će dobiti prije izvođenja svake vježbe.

Datum

Potpis roditelja/staratelja
