Souhlas s poskytováním služby vaničkového plavání v domácím prostředí

Jméno matky: ____

Telefon a email na matku: ____

Jméno a telefon na otce: ____

Jméno a datum narození miminka, které bude plavat: ___________________________

Obecné informace – prosím zaškrtněte dle skutečnosti:

- ☐ fyziologický porod
- ☐ porod císařským řezem
- ☐ kojím
- ☐ umělá výživa
- ☐ problémy s refluxem
- ☐ mé dítě navštěvuje rehabilitační cvičení (např. osteodynamika, Vojtova metoda, fyzioterapie...)
-

Souhlasím s poskytováním služby vaničkového plavání v domácím prostředí:

- ☐ souhlasím
- ☐ nesouhlasím

Potvrzuji svým podpisem, že je mé dítě zdravotně způsobilé k absolvování lekcí domácího vaničkového plavání a nemá žádné zdravotní ani jiné komplikace.

Datum: ____________________

Podpis: ____________________