Kids & Teens YOGA

Fragebogen

Name des Kindes: _____

Hat Ihr Kind bereits Erfahrungen in Entspannungstechniken sammeln können?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, welchen?
(Yoga, Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Massage, Klangschale o.ä.)

_____

_____

Hat/Hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme oder Beschwerden?

○ Ja ○ Nein

(Operationen, Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma, ADHS, Magen-Darm-Erkrankungen, Epilepsie, Rücken-, oder Knieprobleme...)

Wenn ja, welche?

_____

_____

Ist Ihr Kind wegen einer dieser Beschwerden in Behandlung?

○ Ja ○ Nein

Unterliegt Ihr Kind sonst noch besonderen Einschränkungen?

Was wünschen oder erwarten Sie für Ihr Kind von diesem Kurs?

Was ist Ihnen besonders wichtig?

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigten

Alle Angaben aus diesem Fragebogen werden selbstverständlich vertraulich behandelt!