

## UPISNI LIST B Halliwick koncept

Ispunjava djetetov liječnik (pedijatra, obiteljski liječnik, neurolog, fizijatar i sl.)

### POTVRDA LIJEČNIKA DA DIJETE MOŽE SUDJELOVATI U AKTIVNOSTIMA U VODI

Ime djeteta: .....

Prezime djeteta: .....

Klinička dijagnoza: .....

Ime liječnika: .....

Adresa ordinacije: .....

Telefon: .....

Bilo koja informacija relevantna za sudjelovanje u plivanju: .....

.....

.....

Potpis:

Datum:

.....

.....

**Potpisanu potvrdu potrebno je donjeti treneru na bazen na prvi sat.  
Bez potvrde liječnika dijete ne može sudjelovati u aktivnostima u vodi.  
Uz ovu potvrdu potrebno je donjeti i zadnji nalaz koji sadrži djetetovu dijagnozu.**