

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.**