

UPISNI LIST B

Halliwick koncept

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

POTVRDA LIJEČNIKA DA DIJETE MOŽE SUDJELOVATI U AKTIVNOSTIMA U VODI

Ime djeteta:

Prezime djeteta:

Klinička dijagnoza:

Epilepsija: DA NE Napomena:

Ime liječnika:

Adresa ordinacije:

Telefon:

Bilo koja informacija relevantna za sudjelovanje u plivanju:

.....

.....

Potpis:

Datum:

.....

Potpisanu potvrdu potrebno je donijeti treneru na bazen na prvi sat.

Bez potvrde liječnika dijete ne može sudjelovati u aktivnostima u vodi.

Uz ovu potvrdu potrebno je donijeti i zadnji nalaz koji sadrži djetetovu dijagnozu.