

# Fragebogen für Kinder-YOGA



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

☞ Hat Ihr Kind schon einmal Erfahrungen in Entspannungstechniken sammeln können?

Ja       Nein

Wenn ja, in welchen?

(Yoga, Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Massage, Klangschale o.ä.)

---

---

☞ Hat / Hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme / Beschwerden?

Ja       Nein

(Operationen, Allergien, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, ADHS, 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 Gruppenkurs?

Was ist Ihnen besonders wichtig?

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte