

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

Alle Angaben in diesem Fragebogen werden selbstverständlich vertraulich behandelt!