

Fragebogen zum KinderYoga



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

Wenn ja, welche?

(Operationen, Allergien, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, ADHS, Epilepsie, Rücken- oder Knieprobleme o.ä.)

Ist Ihr Kind wegen einer dieser Beschwerden in Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welcher?

Unterliegt Ihr Kind sonst noch besonderen Einschränkungen?

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte /-er