

## Hälsointyg

Yrkesdansarutbildningen

Namn:

Personnummer:

Längd:

Vikt:

1. Har Du någon sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar kroppens rörlighet? Exempelvis skador eller problem med ben, knän, rygg, fötter, muskulatur eller leder som kan medföra svårigheter att delta i daglig dansträning?

---

---

2. Har Du haft någon hjärt- och/eller kärlsjukdom, till exempel stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan), kärlkramp, hjärtinfarkt, rubbningar av hjärtats rytm, nedsatt klafffunktion, annan hjärt- eller kärlsjukdom?

---

---

3. Har Du någon diagnos, sjukdom eller tillstånd som innebär behov av regelbunden medicinering eller behandling?

---

---

4. Har du någon allergi?

---

---

Fortsättning på nästa sida----->

# BALETTAKADEMIEN

STOCKHOLM

5. Har du eller har haft anorexi/bulimi eller annan ätstörning?

---

---

6. Är det något annat du tycker att vi bör känna till om dig här på skolan?

---

---

Jag intygar att jag uppgett sanningsenliga uppgifter.

Ort och datum:

---

Underskrift