



Välkomna till gymnastiken!

Vi som håller i träningen skulle gärna vilja ha lite information om gymnasten som ska börja träna hos oss:

Namn: _____

Ålder/personnummer: _____

Diagnos: _____

Syn: _____

Hörsel: _____

Några alternativa kommunikationssätt t.ex. TAKK, situationskarta, tekniskt hjälpmedel etc.

Ord eller rörelser som kan trigga negativa reaktioner: _____

Allergi: _____

Övrigt: _____

Namn och telefonnummer till närstående vuxen: _____

