

## **Bližší informace o plavání pro těhotné - PŠ Ráček – Městský bazén Litomyšl**

Kurzy plavání pro těhotné vede zkušená porodní asistentka p. Soňa Neugebauerová, Dis., dotazy na asistentku - telefon 605 934 912.

Kurzy probíhají **ve STŘEDU od 15:00 h do 16:00 h.**

V případě zájmu odevzdejte, prosím, písemnou přihlášku na recepci krytého bazénu nebo ji zašlete oskenovanou s podpisem e-mailem na adresu [plaveckaskola@m slit.cz](mailto:plaveckaskola@m slit.cz).

Lekce lze zaplatit na recepci před cvičením. **Ceník pro rok 2024 - permanentka na 5 lekcí/ 1 200,- Kč nebo 1 lekce/ 260,- Kč.** V případě potřeby získáte více informací na telef. čísle plavecké školy 606 051 995 nebo Městského bazénu Litomyšl 461 315 011 a dále na [www.bazen-litomysl.cz](http://www.bazen-litomysl.cz) (odkaz – Plavecká škola - Těhotné).

Zde oddělte

---

### **PŘIHLÁŠKA NA KURZY PLAVÁNÍ PRO TĚHOTNÉ – PŠ RÁČEK LITOMYŠL**

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Adresa:.....Tel.:.....E-mail:.....

Cena kurzu:.....Způsob platby:.....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se seznámil/a s **Provozním řádem a Návštěvním řádem Městského bazénu v Litomyšli** a platebními podmínkami. Zároveň potvrzuji, že jsem zdráva, nemám epilepsii, diabetes, vysoký krevní tlak ani jinou závažnou chorobu či zdravotní poruchu ohrožující moje zdraví a můžu se zúčastnit bez zvýšeného dozoru a bez omezení kurzu plavání pro těhotné. Plavecká škola neručí za cenné předměty nebo peníze uložené v šatně ani na bazénu.

Souhlasím s tím, že za předpokladu dodržení zásad etiky a dobrých mravů, mohou být ze společného cvičení pořizovány fotografie a dále souhlasím s jejich použitím k prezentaci kurzů na webových stránkách nebo ve vestibulu či nástěnce Městského bazénu a Plavecké školy Ráček Litomyšl.

**Beru na vědomí, že kurzovné se nevrací !**

V.....Datum.....Podpis:.....  
(účastnice kurzu)

#### **PÍSEMNÝ SOUHLAS ODBORNÉHO LÉKAŘE:**

Potvrzuji, že zdravotní stav těhotné umožňuje účast v lekcích kurzu „Cvičení a plavání pro těhotné“ bez omezení a s její účastí souhlasím:

Případná omezení:.....

V.....Datum:.....Razítko a podpis.....  
(odborného lékaře)