

## GIH – HIF

Anpassad fysisk aktivitet

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Född: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Föräldrarnas namn och mobil: \_\_\_\_\_

Mejladress: \_\_\_\_\_

Skola eller annan verksamhet: \_\_\_\_\_

För att kunna handleda GIH studenterna och stötta ditt barns psykomotoriska utveckling vill vi gärna att Du kortfattat beskriver Ditt barns funktionsvariation/diagnos och eventuella konsekvenser för barnet i vardagen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Jag \_\_\_\_\_ ger härmed mitt tillstånd att ovanstående information får lämnas till GIH studenterna. Dessutom tillåter jag att videofilmning får ske av grupperna och visas för studenterna i pedagogiskt syfte.

Datum: \_\_\_\_\_ Målsmans underskrift: \_\_\_\_\_

Insändes till: Studentkåren GIH-HIF Box 5626 114 86 Stockholm. Vid frågor maila till [gih-hif@hotmail.com](mailto:gih-hif@hotmail.com)