



LA CASETTA DELLA SALUTE

Spazio naturale immersivo

Medicina tradizionale europea

Autodichiarazione di buona salute

Io sottoscritto nome e cognome-----,

nato a ----- il -----,

Dichiaro l'assenza di patologie che potrebbero interferire con le pratiche idroterapiche (sauna, ecc....) praticate a La Fonte.

In caso di dubbio dichiaro di aver consultato il mio medico curante.

In fede,

Firma,-----

Data, -----