



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

~~ należy wypełnić wszystkie rubryki !!! ~~

### DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU

Nazwisko i Imię: .....

Data i Miejsce urodzenia: ..... Wiek: .....

PESEL: ..... Wzrost: ..... Waga: .....

Adres zamieszkania (ulica): ..... nr domu ...../.....

Kod pocztowy: ..... poczta: .....

Województwo: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach hipoterapii?  Tak  Nie

Preferowane godziny zajęć w dni powszednie – **wypełnić obowiązkowo**: .....

#### Bezwzględne przeciwwskazania do udziału w zajęciach:

(dziecko nie może być zakwalifikowane do udziału w projekcie)

- Uczulenie na sierść, pot lub zapach konia.
- Nie wygojone rany, choroby skóry.
- Pasożyty.
- Nietolerancja tej formy terapii przez pacjenta, np. niepohamowany lęk.
- Odklejanie siatkówki, wzmożone ciśnienie śródgałkowe.
- Brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym i czynnej pozycji siedzącej.
- Wodogłowie bez wszczepionej zastawki.
- Niestabilność kręgów szyjnych występująca np. w zespole Down'a.
- Zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych.
- Skoliozy powyżej 20° wg Coba oraz progresujące skoliozy idiopatyczne.
- Choroby mięśni przy sile mięśni ocenianej poniżej 3 punktów w skali Lowetta.
- Pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, ADHD, chorobach mięśni.
- Ostre stany chorób i zaburzeń psychicznych.
- Ostre choroby infekcyjne, podwyższona temperatura.

**UWAGA:** Organizator zastrzega sobie prawo do nie zakwalifikowania osoby do udziału w zajęciach, jeżeli jego stan przekracza możliwości zespołu terapeutycznego.

### OŚWIADCZENIE

1. Zgłaszam dziecko do udziału w zajęciach hipoterapii w ramach projektu „KOŃ – wszechstronny rehabilitant ciała i ducha. Edycja V.” realizowanego przez Uczniowski Klub Jeździecki „Promyk” z/s w 37-122 Albigowa 300.
2. **Niniejszym oświadczam, iż moje dziecko nie korzysta z tych samych form wsparcia prowadzonymi do tego samego celu finansowanych z innych środków publicznych.**
3. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Jestem świadomy/a, że:
  - 1) Uczestnik zajęć zobowiązany jest do:
    - a) regularnego, punktualnego i aktywnego uczestnictwa w zajęciach w okresie trwania projektu;
    - b) wypełniania ankiet związanych z realizacją projektu i monitoringiem jego późniejszych rezultatów;
    - c) dostarczenia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów) oraz wszystkich wymaganych dokumentów w przypadku zakwalifikowania dziecka na zajęcia.
  - 2) Uczestnictwo w zajęciach będzie dokumentowane listą obecności.
  - 3) Opiekunowie są odpowiedzialni za bezpieczeństwo dziecka w drodze na zajęcia i z zajęć do domu.



**Biuro projektu: Uczniowski Klub Jeździecki „PROMYK”**

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

tel. 669 486 789 | e-mail: ukjpromyk@gmail.com | www.ukjpromyk.pl

Raiffeisen Bank Polska S.A. 98 1750 0012 0000 0000 2330 8312





5. Świadomi ryzyka związanego z uczestnictwem w hipoterapii wyrażamy zgodę na udział dziecka w tej formie terapii. Zdaję sobie sprawę, że pacjent korzystający z tej formy terapii powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków z tytułu uczestnictwa w zajęciach.
6. Zapoznałam/łem się z *Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie* oraz zasadami stadniny i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz przez moje dziecko.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest jednoznaczne z przyjęciem dziecka na zajęcia hipoterapii.

.....  
*Podpis opiekuna prawnego*

**Wymagane załączniki do formularza zgłoszeniowego:**

1. **Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności**
2. **Regulamin Uczestnictwa w Projekcie**
3. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

**INFORMACJE O UCZESTNIKU PROJEKTU**

**Stopień niepełnosprawności:**

- Orzeczenie o niepełnosprawności
- Lekki stopień niepełnosprawności
- Umiarkowany
- Znaczny

**Rodzaj niepełnosprawności:**

- Autyzm
- Choroby psychiczne
- Inne przyczyny
- Narząd ruchu
- Narząd słuchu
- Narząd wzroku
- Niepełnosprawność sprzężona
- Ogólny stan zdrowia
- Upośledzenie umysłowe

**Wykształcenie:**

- Przed obowiązkiem szkolnym
- Zajęcia rewalidacyjne
- Niepełne podstawowe
- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Zawodowe
- Średnie

**Zamieszkanie:**

- Miasto 20 tyś. – 50 tyś. mieszkańców
- Miasto 50 tyś. – 100 tyś. mieszkańców
- Miasto do 20 tyś. mieszkańców
- Miasto powyżej 100 tyś. mieszkańców
- Wieś



**Biuro projektu: Uczniowski Klub Jeździecki „PROMYK“**

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

tel. 669 486 789 | e-mail: ukjpromyk@gmail.com | www.ukjpromyk.pl

Raiffeisen Bank Polska S.A. 98 1750 0012 0000 0000 2330 8312





**Uczestnictwo Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ):**

- Absolwenci WTZ  
 Nie byli w WTZ  
 Uczestnicy WTZ

**Lekarz prowadzący:**

Imię i nazwisko lekarza:

Specjalizacja:

Kontakt:

**Placówka rehabilitacyjna, do której uczęszcza dziecko:**

Nazwa:

Adres:

Imię i nazwisko rehabilitanta:

Tel.:

**Placówka opiekuńczo-wychowawcza, do której uczęszcza dziecko:**

Nazwa:

Adres:

Imię i nazwisko prowadzącego:

Tel.:

**Rozpoznanie jednostki chorobowej:**

**Choroby towarzyszące:**

**Upośledzenie fizyczne:**

**Upośledzenie umysłowe (ocena zdolności umysłowych):**

**Zaburzenia emocjonalne:**

**Problemy z nauką:**

**Stan ruchowy:**

Trzyma głowę:

Tak

Nie

Siedzi:

Tak, samodzielnie

Tak, z pomocą

Nie

Ruchy mimowolne:

Tak

Nie

Pełza:

Tak

Nie

Nie dotyczy

Czworakuje:

Tak

Nie

Nie dotyczy

Chodzi:

Tak, samodzielnie

Tak, z pomocą

Nie



**Biuro projektu: Uczniowski Klub Jeździecki „PROMYK“**

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

tel. 669 486 789 | e-mail: ukjpromyk@gmail.com | www.ukjpromyk.pl

Raiffeisen Bank Polska S.A. 98 1750 0012 0000 0000 2330 8312





**Pomoc przy przemieszczaniu (tak, nie, stopień, używany sprzęt):**

**Czy pacjent używa wózka inwalidzkiego?**

Tak, samodzielnie

Tak, z pomocą

Nie

**Korzystanie z toalety i sygnalizacja potrzeb fizjologicznych:**

**Zaburzenia wzroku:**

**Zaburzenia słuchu:**

**Zaburzenia mowy:**

**Sposób porozumiewania z otoczeniem:**

**Ocena napięcia mięśniowego:**

**Padaczka (rodzaj, częstość ataków):**

**Wodogłowie (obecność zastawki):**

**Zaburzenia czucia:**

**Przebyte operacje i zabiegi:**

**Przyjmowane leki:**

**Używany sprzęt oraz oprotezowanie:**

**Zwichnięcie stawu biodrowego:**  Tak  Nie

**Wypadanie stawu biodrowego:**  Tak  Nie

**Rozszczep rdzenia kręgowego:**  Tak  Nie

**Zesztywnienie kręgosłupa:**  Tak  Nie



**Biuro projektu: Uczniowski Klub Jeździecki „PROMYK“**

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

tel. 669 486 789 | e-mail: ukjpromyk@gmail.com | www.ukjpromyk.pl

Raiffeisen Bank Polska S.A. 98 1750 0012 0000 0000 2330 8312



**Uszkodzenie rdzenia kręgowego na poziomie:**

**Skrzywienie kręgosłupa (°Coba):**

**Osteoporoza:**

**Inne lub specjalne uwagi:**

**Prosimy dołączyć dodatkowe informacje, które mogą być pomocne w czasie zajęć.  
W szczególności opinię psychologa, psychiatry lub innych specjalistów w przypadku osób z zaburzeniami i problemami natury emocjonalnej, poznawczej, umysłowej czy psychicznej.**