



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 śródgalkowe.
- 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 VI.*” realizowanego przez UKJ „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.
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/tem 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

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

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

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.

