



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

Deklaracja dyspozycyjności do uczestnictwa w projekcie* (wskaz dni i godziny): – **wypełnić obowiązkowo:**

Poniedziałek – w godzinach od do

Wtorek – w godzinach od do

Środa – w godzinach od do

Czwartek – w godzinach od do

Piątek – w godzinach od do

* **Uwaga! Wskazane terminy i godziny mają wymiar orientacyjny i nie gwarantują rezerwacji.**

Obowiązujący grafik zajęć zostanie określony po zakończeniu rekrutacji do projektu.

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 kręgow szyjnych występująca np. w zespole Down'a.
- Zwignięcia i podwignięcia stawów biodrowych.
- Skoliozy powyżej 20° wg Ceba 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 „*Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III.*” realizowanego przez Podkarpackie Centrum Hipoterapii z/s w 36-030 Błażowa, ul. Armii Krajowej 30.
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. 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.
5. Zapoznałam/lem się z *Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie* oraz zasadami ośrodka i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz przez moje dziecko.
6. 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 w Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ):

- Absolwenci WTZ
- Nie byli w WTZ
- Uczestnicy WTZ

Lekarz prowadzący:

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalizacja: _____

Placówka rehabilitacyjna, do której uczęszcza dziecko:

Nazwa: _____

Adres: _____





Placówka opiekuńczo-wychowawcza, do której uczęszcza dziecko:

Nazwa:

Adres:

Rozpoznanie jednostki chorobowej:

Choroby towarzyszące:

Upośledzenie fizyczne:

Upośledzenie umysłowe (ocena zdolności umysłowych):

Zaburzenia emocjonalne:

Problemy z nauką:

Stan ruchowy:

Trzyma głowę:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Siedzi:	<input type="checkbox"/> Tak, samodzielnie	<input type="checkbox"/> Tak, z pomocą	<input type="checkbox"/> Nie
Ruchy mimowolne:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Pełza:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czworakuje:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Chodzi:	<input type="checkbox"/> Tak, samodzielnie	<input type="checkbox"/> Tak, z pomocą	<input type="checkbox"/> 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 oproteźowanie:

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 ważne informacje o dziecku przydatne podczas terapii:

(Prosimy o napisanie kilku zdań na temat dziecka: zachowanie, sprawiane problemy, stosunek do zwierząt i osób obcych, reakcja na nowe sytuacje itp.)

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.





OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU /RODZICA /OPIEKUNA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

.....
(imię i nazwisko Uczestnika projektu)

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust 2 lit. h RODO¹ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wskazanym w Formularzu Zgłoszeniowym, Zaświadczeniach lekarskich i innych załącznikach oraz innych danych szczególnych kategorii (również powstających w trakcie trwania realizacji projektu) dotyczących m. in. stanu zdrowia mojego dziecka przez Podkarpackie Centrum Hipoterapii z siedzibą w 36-030 Błażowa, ul. Armii Krajowej 30 oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania pt. „**Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III**”. Projekt realizowany jest w następstwie przeprowadzonego konkursu pn. „Możemy więcej” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023) ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Zostałem/am poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z obowiązkami informacyjnymi znajdującym się poniżej dotyczącymi projektu „**Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III**” w okresie finansowania od 01.04.2024 r. do 31.03.2025 r.

.....
(data i podpis Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika projektu)

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH CELEM PUBLIKACJI W MEDIACH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych /danych osobowych mojego dziecka w postaci *imienia, nazwiska, wizerunku* w celu rozpowszechniania w mediach na następujących polach eksploatacji:

- strona internetowa Fundacji – www.pchip.org.pl,
- fanpage na Facebook’u Fundacji – Podkarpackie Centrum Hipoterapii,
- tablice informacyjne znajdujące się w obiektach Fundacji i w miejscach realizacji projektu,
- w zakresie utrwalania i zwielokrotniania utworu techniką drukarską i cyfrową,
- w zakresie obrotu oryginałem albo egzemplarzami,
- w zakresie rozpowszechniania utworu w sposób inny niż w zdaniu powyższym,
- publiczne wykonanie, wystawianie, wyświetlanie, odtwarzanie oraz nadawanie i reemitowanie, a także publiczne udostępnianie utworu w taki, sposób aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i czasie przez siebie wybranym,
- publiczne odtworzenie utworów, publiczne wykonywanie utworów (w tym wykonywanie na żywo wyświetlenia i publiczne odtworzenia utworów audiowizualnych). Utrwalanie i zwielokrotnianie utworów, nadawanie utworów przez media elektroniczne,
- wykorzystanie w sieciach bezpośredniego dostępu takich jak Internet.

Niniejszą zgodę składam świadomie i dobrowolnie zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 880 ze zm.) i zgodnie z polską ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku, oraz zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym RODO.

Niniejsza zgoda odnosi się do wielokrotnego, nieograniczonego ilościowo, nieograniczonego czasowo i nieograniczonego terytorialnie korzystania i rozpowszechniania mojego wizerunku /wizerunku mojego dziecka przez **Podkarpackie Centrum Hipoterapii** zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 880 ze zm.). Jednocześnie zrzekam się prawa do dodatkowego wynagrodzenia przysługującego mi z tytułu wykorzystania wizerunku dziecka.

.....
(data i podpis Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika projektu)

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz.U.E.L.2016.119.1.)





**KLAUZULA INFORMACYJNA PRZY POBIERANIU DANYCH BEZPOŚREDNIO OD OSOBY
(DOTYCZY UCZESTNIKA/RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych / danych osobowych Pani/Pana dziecka jest *Podkarpackie Centrum Hipoterapii* z siedzibą w *36-030 Błażowa, ul. Armii Krajowej 30* oraz *Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych* z siedzibą w *Warszawie przy al. Jana Pawła II 13*;
- 2) Pani/Pana dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu realizacji projektu „**Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III**” na podstawie art. 6 ust 1 pkt a/b/c/d/f;
- 3) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych / danych osobowych Pani/Pana dziecka będą terapeuci, pracownicy biura projektu „**Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III**” oraz Zarząd Fundacji Podkarpackie Centrum Hipoterapii;
- 4) Pozyskane od Pani/Pana dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana dziecka mogą być przekazywane:
 - podmiotom przetwarzającym je w imieniu i na nasze zlecenie Zleceniodawcy oraz
 - organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną;
- 5) dane nie będą przekazane do państw trzecich;
- 6) okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych / danych osobowych Pani/Pana dziecka jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:
 - czasu obowiązywania umowy,
 - przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
 - okres, który jest niezbędny do obrony interesów Stron umowy;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych / danych osobowych Pani/Pana dziecka oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do GODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana / danych osobowych Pani/Pana dziecka narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) podanie przez Pana/Panią danych osobowych / danych osobowych Pani/Pana dziecka jest warunkiem uczestnictwa w projekcie „**Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III**”. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie równoznaczne z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie „**Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III**”.

.....
(data i podpis Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika projektu)





**REGULAMIN UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III.”**

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Przedmiotem niniejszego regulaminu są warunki uczestnictwa w projekcie „Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III.” realizowanego w terminie od 01.04.2024 do 31.03.2025 r.
2. Projekt „Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja III.” współfinansowany jest ze środków PFRON.
3. Udział w projekcie jest bezpłatny i dobrowolny.
4. Realizatorem projektu jest Podkarpackie Centrum Hipoterapii z/s w Błazowej, adresatami projektu są osoby niepełnosprawne w wieku do 18 roku życia z terenu województwa podkarpackiego, świętokrzyskiego, śląskiego i małopolskiego.

§ 2 Cele projektu

1. Celem głównym projektu jest zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć hipoterapeutycznych grupowych i indywidualnych dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Wpłyną one na rozwijanie, nabywanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania, jak również na rozwój umiejętności sprawnego komunikowania się z otoczeniem oraz usprawnienia funkcjonowania w różnych środowiskach.
2. Udzielenie wsparcia w indywidualnym rozwoju dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej z terenu woj. podkarpackiego, świętokrzyskiego, śląskiego i małopolskiego, zostanie zrealizowane poprzez ich udział w zajęciach hipoterapii.

§ 3 Uczestnicy projektu

1. Uczestnikami projektu są osoby z niepełnosprawnościami w wieku do 18 roku życia zamieszkałe na terenie woj. podkarpackiego, świętokrzyskiego, śląskiego i małopolskiego.
2. W projekcie planuje się udział ok. 60 osób niepełnosprawnych w wieku do 18 lat.
3. Do udziału w projekcie zakwalifikowane zostaną osoby przez Komisję Rekrutacyjną na podstawie wymaganej dokumentacji oraz aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, lub aktualnego orzeczenia równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów).

§ 4 Rekrutacja uczestników projektu

1. Rekrutacja prowadzona będzie na terenie woj. podkarpackiego, świętokrzyskiego, śląskiego i małopolskiego w jednakowym zakresie w oparciu o następujące dokumenty:
 - 1) Formularz zgłoszeniowy do projektu,
 - 2) Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenia o niepełnosprawności, lub aktualnego orzeczenia równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów).
2. Dokumenty rekrutacyjne należy dostarczyć Realizatorowi do Biura Projektu znajdującego się pod adresem 36-030 Błazowa, ul. Armii Krajowej 30.
3. Złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.
4. Rekrutację przeprowadzi Komisja Rekrutacyjna.
5. W razie wątpliwości czy konieczności poszerzenia informacji na temat osoby zgłoszonej do uczestnictwa, Komisja Rekrutacyjna przeprowadzi rozmowę telefoniczną z opiekunem lub wystosuje korespondencję pisemną.
6. O zakwalifikowaniu osób do projektu decyduje spełnienie kryteriów określonych w § 3.
7. Opiekun prawny osoby zakwalifikowanej na zajęcia hipoterapeutyczne przez Komisję Rekrutacyjną dostarczy aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grupy inwalidów) oraz wszystkie inne wymagane dokumenty w przypadku zakwalifikowania dziecka na zajęcia.
8. Komisja Rekrutacyjna w wyniku przeprowadzonych czynności rekrutacyjnych sporządzi listę uczestników projektu oraz listę rezerwową, która posłuży do dokonania ponownego naboru w przypadku rezygnacji bądź wykluczenia z udziału osoby z projektu, o ile opiekun dziecka z listy rezerwowej po otrzymaniu od Realizatora projektu informacji potwierdzi chęć uczestnictwa w projekcie.
9. Po sporządzeniu przez Komisję Rekrutacyjną list, o których mowa w pkt. 6, powyżej, organizator poinformuje opiekunów telefonicznie o zakwalifikowaniu dziecka do uczestnictwa w projekcie.
10. Od decyzji Komisji Rekrutacyjnej nie przysługuje odwołanie.

§ 5 Zakres wsparcia

1. Zakres wsparcia dla uczestników w ramach projektu obejmuje następujące zajęcia hipoterapeutyczne:
 - hipoterapia,
 - gimnastyka lecznicza na koniu,
 - terapeutyczny kontakt z koniem.
2. Jedno zajęcie hipoterapeutyczne trwa maksymalnie do 30 minut.
3. Na jednego uczestnika przypada 40 zajęć hipoterapeutycznych w ciągu całego okresu trwania projektu.
4. Realizator projektu nie odpowiada za dojazd i powrót uczestników do i z miejsca, w którym odbywają się zajęcia.

§ 6 Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu /Opiekuna prawnego Uczestnika projektu

1. Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika projektu oświadcza, że:
 - a) przyjmuje do wiadomości, że projekt jest współfinansowany ze środków PFRON,
 - b) został poinformowany o konieczności podpisywania list obecności udzielanego Uczestnikowi projektu.
2. Uczestnik /Rodzic /Opiekun prawny Uczestnika projektu ma prawo do:
 - 1) bezpłatnego udziału swojego dziecka w zajęciach zaplanowanych w projekcie,





- 2) wglądu i modyfikacji podanych danych osobowych udostępnionych na potrzeby projektu,
- 3) informacji o postępach swojego dziecka,
- 4) konsultacji z terapeutami prowadzącymi zajęcia.
3. Uczestnik /Rodzic /Opiekun prawny Uczestnika projektu jest zobowiązany do:
 - 1) wypełnienia dokumentów niezbędnych do realizacji projektu,
 - 2) dostarczania do biura projektu aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. Dokument ten jest warunkiem uczestnictwa w projekcie. Wraz z datą zakończenia ważności orzeczenia o niepełnosprawności i przed dostarczeniem do biura nowego orzeczenia, Uczestnik projektu nie może uczestniczyć w zajęciach,
 - 3) przekazywania informacji do biura projektu osobiście, telefonicznie bądź pocztą elektroniczną odnośnie zmiany adresu zamieszkania, telefonów kontaktowych, adresów email, jeżeli zmiany nastąpiły w trakcie trwania projektu,
 - 4) przestrzegania *Regulaminu uczestnictwa w projekcie*,
 - 5) dbania o regularne uczęszczanie /uczęszczanie swojego dziecka na zajęcia zgodnie harmonogramem,
 - 6) w przypadku nieobecności na zajęciach, należy poinformować o tym prowadzącego zajęcia lub organizatorów co najmniej godzinę wcześniej – zajęcia będą liczone jako odbyte. Nieobecność może wynikać bądź z przyczyn zdrowotnych bądź zdarzeń losowych. Nie dopuszcza się nieobecności nieusprawiedliwionych. Brak usprawiedliwienia nieobecności na zajęciach może być podstawą do wykreślenia uczestnika z udziału w projekcie.
- 7) w wyjątkowych sytuacjach (np. zbyt niska temperatura, brak prądu, choroba, itp.) terapeuta może odwołać zajęcia, mając obowiązek odpowiednio wcześniej powiadomić o tym uczestników lub opiekunów. Odwołane zajęcia odbędą się w innym terminie, po uprzednim uzgodnieniu z uczestnikiem lub opiekunem.
4. Aby zwiększyć bezpieczeństwo i/lub skuteczność terapii terapeuta ma prawo poprosić opiekuna o pomoc przy asekuracji lub aktywny udział w zajęciach.
5. Terapeuta ma prawo odmówić udziału w zajęciach dziecka agresywnego, silnego fizycznie, z którym nie ma możliwości prowadzenia zajęć lub dziecka brudnego.
6. Uczestnicy zajęć i osoby towarzyszące zobowiązane są do zachowania w taki sposób, aby nie powodować zagrożenia dla siebie i innych oraz przestrzegania porządku, zasad BHP i ppoż. a także następujących zasad bezpieczeństwa:
 - surowo zabrania się wchodzenia do obiektów z otwartym ogniem oraz palenia go na terenie całego obiektu!
 - przebywając na terenie ośrodka należy stosować się do obowiązujących w ośrodku przepisów, uwag właścicieli lub terapeutów,
 - przy koniach, w stajni, na ujeżdżalni należy zachować spokój, nie biegać, nie krzyżeć, nie wykonywać gwałtownych ruchów, itp.,
 - wszystkie czynności przy koniu, w tym wsiadanie i zsiadanie wolno wykonywać tylko i wyłącznie w obecności terapeuty,
 - nie wolno podchodzić do konia od tyłu,
 - zabronione jest samodzielne wchodzenie do boksów koni,
 - ewentualne dokarmianie koni należy uzgodnić z terapeutą,
 - dzieci na terenie ośrodka mogą przebywać tylko w obecności opiekuna,
 - wjeżdżając samochodem na teren ośrodka lub przejeżdżając koło koni należy zachować szczególną ostrożność i ograniczyć prędkość do minimum, nie wolno używać klaksonów.
7. Wszelkimi kosztami związanymi ze zniszczeniem mienia należącego do ośrodka, w którym odbywają się zajęcia, w razie umyślnego okaleczenia lub oszpecenia zwierząt, zostaną obciążeni opiekunowie uczestnika projektu.
8. Za rzeczy osobiste pozostawione na terenie ośrodka, w którym odbywają się zajęcia – ośrodek oraz Organizator nie odpowiadają.
9. Uczestnicy zajęć i osoby towarzyszące zobowiązane są do przestrzegania regulaminu ośrodka, na terenie którego odbywają się zajęcia.
10. Uczestnik lub opiekun uczestnika projektu jest zobowiązany niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach w stanie zdrowia swojego/podopiecznego.

§ 7 Zasady rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie

1. Rezygnacja z udziału w projekcie możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach. Zgłoszenia rezygnacji dokonuje opiekun prawny uczestnika w formie pisemnej.
2. Uzasadnione przypadki, o których mowa w pkt.1, mogą wynikać z przyczyn natury zdrowotnej lub zdarzeń losowych i z zasady nie mogą być znane przez uczestnika/opiekuna prawnego w momencie przystąpienia do realizacji projektu.
3. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do skreślenia danej osoby z listy uczestników w szczególnie rażących przypadkach naruszenia przez niego niniejszego *Regulaminu*, regulaminu ośrodka.
4. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do skreślenia danej osoby z listy uczestników w przypadku zmiany lub pogorszenia stanu zdrowia uczestnika projektu w stopniu wykluczającym jego dalszy udział w zajęciach oraz w przypadku, gdy jego zachowanie stanowi zagrożenie dla zespołu hipoterapeutycznego lub zagraża bezpieczeństwu prowadzonych zajęć.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. Niniejszy *Regulamin* wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje na czas trwania projektu tj. do 31.03.2025 r.
2. Regulamin jest dostępny dla zainteresowanych osób i instytucji w biurze projektu pod adresem: adresem 36-030 Błazowa, ul. Armii Krajowej 30 oraz na stronie internetowej www.pchip.org.pl.
3. W imieniu uczestnika projektu opiekun prawny po zapoznaniu się z niniejszym *Regulaminem* zobowiązuje się do jego przestrzegania.
4. Ogólny nadzór nad realizacją projektu, a także rozstrzyganie spraw, które nie są uregulowane niniejszym dokumentem, należy do Podkarpackiego Centrum Hipoterapii – Realizatora projektu.
5. Realizator zastrzega sobie prawo do nanoszenia zmian w *Regulaminie*, o których opiekunowie prawni uczestników projektu zostaną niezwłocznie poinformowani poprzez stronę internetową (www.pchip.org.pl).

Oświadczam, że zapoznałam/lem się z treścią niniejszego *Regulaminu* i akceptuję zawarte w nim warunki

Czytelny podpis opiekuna prawnego



Biuro projektu: PODKARPACKIE CENTRUM HIPOTERAPII

ul. Armii Krajowej 30, 36-030 Błazowa

tel. 697 045 358 | e-mail: konnokuzdrowiu@gmail.com | www.pchip.org.pl



ANKIETA POCZĄTKOWA

1. **Wiek dziecka**
..... lat
2. **Płeć dziecka**
 - dziewczynka
 - chłopiec
3. **Miejsce zamieszkania**
 - wieś
 - miasto
4. **Stan rodziny ogólny**
 - jedno dziecko
 - dwoje dzieci
 - troje dzieci i więcej
5. **Stopień niepełnosprawności**
 - orzeczenie o niepełnosprawności
 - lekki
 - umiarkowany
 - znaczny
6. **Rodzaj niepełnosprawności**
 - autyzm
 - choroby psychiczne
 - inne przyczyny
 - narząd ruchu
 - narząd słuchu
 - narząd wzroku
 - niepełnosprawność sprzężona
 - ogólny stan zdrowia
 - upośledzenie umysłowe
7. **Kiedy wystąpiły problemy u dziecka?**
 - od urodzenia
 - w wyniku przebytej choroby
 - w wyniku wypadku
 - w wyniku zażywania leków
8. **Proszę podać motyw wyboru hipoterapii jako formy rehabilitacji dla dziecka** *Można udzielić wielu odpowiedzi*
 - skierowanie od lekarza
 - namowa znajomych, rodziny
 - chęć poznania nowej metody rehabilitacji, ciekawość
9. **Czy dziecko uczestniczyło/uczestniczy w innych formach terapii?**
 - tak
 - nie
10. **Jeśli dziecko korzysta z innych form terapii, to jakich?** *Można udzielić wielu odpowiedzi*
 - psychoterapia
 - terapia integracji sensorycznej
 - terapia masażem
 - terapia ręki
 - felinoterapia
 - dogoterapia
 - muzykoterapia
 - logoterapia /neurologoterapia
 - inne (jakie?)

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY ☺



**Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego
dziecka przystępującego do rekrutacji w
projekcie - Bezpłatnych zajęć Hipoterapii
finansowanych ze środków PFRON
organizowanych w Ośrodku Jeździeckim w Zbrosławicach
w okresie od 1.04.2024 do 28 lutego 2025r.**

Ja niżej podpisany rodzic/opiekun prawny dziecka

nr tel.

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do projektu Realizowanego w Ośrodku Jeździeckim Zbrosławice

- Zobowiązuję się do bycia w kontakcie telefonicznym lub SMS z hipoterapeutą niezbędnym do umawiania się na zajęcia (tzn. odbierania telefonu bądź oddzwaniania jeśli nie ma możliwości odebrania telefonu w danym momencie oraz odpisywania na SMS)
- Zobowiązuję się do przyjazdu do Zbrosławic około 10 minut przed planowaną godziną zajęć
- Mam świadomość, że spóźnianie się na zajęcia spowoduje skrócenie zajęć
- Mam świadomość, że **odwołanie zajęć może nastąpić najpóźniej z dwudniowym wyprzedzeniem w przeciwnym razie zajęcia będą traktowane jakby się normalnie odbyły.**
- Mam świadomość, że notoryczne odwoływanie zajęć, powoduje dezorganizację ustalonego grafiku pracy Hipoterapeuty i może spowodować wykreślenie mnie z projektu. Dlatego odwoływanie zajęć może zdarzyć się tylko sporadycznie i w uzasadnionych przypadkach : choroba, wyjazd.
- Mam świadomość, że konie są zwierzętami płochliwymi i dołożę starań aby swoim zachowaniem (oraz osób ze mną przyjeżdżających) nie narażać innych jeźdźców na niebezpieczeństwo.
- Mam świadomość, że wszystkie zajęcia muszą być zrealizowane najpóźniej do dnia **28.02.2025 r. i nie ma możliwości przeniesienia ich na późniejszy okres.**

.....

Data

.....

Podpis