



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: Powiat: Gmina:

Telefon: E-mail:

Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach hipoterapii? ☐ Tak ☐ Nie

Deklaracja dyspozycyjności do uczestnictwa w projekcie* (wskaż 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. niepostroniony lęk.
- Odklejenie siatek, wzmożone ciśnienie śródgałkowe.
- Brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym i czynnej pozycji siedzącej.
- Wodogłowie bez wszczepionej zastawki.
- Niestabilność kręgosłupa szyjnego występująca np. w zespole Down'a.
- Zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych.
- Skoliozy powyżej 20° wg Cebra 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 kwalifikowania 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 V.” 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 prowadzanych 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/tem 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



Biuro projektu: PODKARPACKIE CENTRUM HIPOTERAPII

ul. Armii Krajowej 30, 36-030 Błażowa

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



Wymagane załączniki do formularza zgłoszeniowego:

- Aktualne orzeczenie 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 organizowanych w ramach projektu.
- Regulamin Uczestnictwa w Projekcie.**
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.**

INFORMACJE O UCZESTNIKU PROJEKTU

Rodzaj niepełnosprawności:

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

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:

☐ 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):



Biuro projektu: PODKARPACKIE CENTRUM HIPOTERAPII

ul. Armii Krajowej 30, 36-030 Błażowa

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



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 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.

