



## 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: .....

### Bezwzględne przeciwwskazania do udziału w zajęciach:

*(dziecko nie może być zakwalifikowane do udziału w projekcie)*

- Uczulenie na sierść, pot lub zapach konia lub kota.
- 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.
- Zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych.
- Skoliozy powyżej 20° wg Coha 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, felinoterapii i arteterapii w ramach projektu „*Droga do samodzielności*” 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. 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 zobowiązuje się do jego przestrzegania oraz przez moje dziecko.
6. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest jednoznaczne z przyjęciem dziecka na zajęcia.

.....  
*Podpis opiekuna prawnego*

**Wymagane załączniki do formularza zgłoszeniowego w przypadku zakwalifikowania się dziecka do projektu:**

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



PROMYK

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

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

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



## INFORMACJE O UCZESTNIKU PROJEKTU

### Stopień niepełnosprawności:

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

### 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 / Rodzaj niepełnosprawności:

### 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:



PROMYK

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

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

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



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.



PROMYK

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

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

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