

## 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: .....

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:

(osoba nie może być zakwalifikowana do udziału w projekcie)

- Uczulenie na sierść, pot lub zapach konia.
- Nie wygojone rany, choroby skóry, pasożyty.
- Nietolerancja tej formy terapii przez pacjenta, np. niepoohamowany 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 się /zgłaszam dziecko\* do udziału w zajęciach hipoterapii w ramach projektu „*Hipoterapia szansą na niezależność*” realizowanego przez UKJ „Promyk” z/s w 37-122 Albigowa 300.
2. **Niniejszym oświadczam, iż nie korzystam /moje dziecko nie korzysta\* z tych samych form wsparcia prowadzącymi 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 /przyjęciem dziecka\* na zajęcia hipoterapii.

.....  
*Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego*

## 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
- Inne .....

### Lekarz prowadzący:

Imię i nazwisko lekarza: .....

Specjalizacja: .....

### Placówka rehabilitacyjna:

Nazwa i adres: .....

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

Nazwa i 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 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 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.

Strona 3



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