



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**NALEŻY WYPELNIĆ 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\* (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. niepoHAMowany lęk.
- Odklejanie siatkówki, wzmożone ciśnienie śródgalkowe.
- 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 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 IX.**” 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 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 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 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.**

