

## 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\* (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. niepokonany 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 dziecko do udziału w zajęciach hipoterapii w ramach projektu „*Hipoterapia kluczem 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/łem 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*



PROMYK

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

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

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

Strona 1

**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

**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



PROMYK

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

Albigowa 300, 37-122 Albigowa

KRS 0000579546 | NIP 8151797704 | REGON 180981700

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

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:**

**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:**



