



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 Pan/Pani/dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach hipoterapii? Tak Nie

Deklaracja dyspozycyjności do uczestnictwa w projekcie* (wskaz 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. niepoHAMowany 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 Ceba 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 drogą do samodzielności*” 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 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. Świadomy 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 na zajęcia hipoterapii.

.....
Podpis opiekuna prawnego

*) niepotrzebne skreślić



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





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

Lekarz prowadzący:

Imię i nazwisko lekarza:

Specjalizacja:

Placówka rehabilitacyjna:

Nazwa:

Adres:

Placówka opiekuńczo-wychowawcza (jeśli dotyczy):

Nazwa:

Adres:

Rozpoznanie jednostki chorobowej:

Choroby towarzyszące:

Upośledzenie fizyczne:

Upośledzenie umysłowe (ocena zdolności umysłowych):

Zaburzenia emocjonalne:

Problemy z nauką (jeśli dotyczy):

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:

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

