



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. niepohamowany lęk.
- Odklejanie siatek, 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 dziecko do udziału w zajęciach hipoterapii w ramach projektu „*Konno ku zdrowiu i sprawności. Edycja IV.*” realizowanego przez Podkarpackie Centrum Hipoterapii z/s w 36-030 Błażowa, ul. Armii Krajowej 30.
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

Wysztalcenie:

- ☐ Przed obowiązkiem szkolnym
- ☐ Zajęcia rewalidacyjne
- ☐ Niepełne podstawowe
- ☐ Podstawowe
- ☐ Gimnazjalne
- ☐ Zawodowe
- ☐ Średnie

Zamieszkanie:

- ☐ Miasto 20 tys. – 50 tys. mieszkańców
- ☐ Miasto 50 tys. – 100 tys. mieszkańców
- ☐ Miasto do 20 tys. mieszkańców
- ☐ Miasto powyżej 100 tys. 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:	☐ 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.

