

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 NiePreferowane godziny zajęć w dni powszednie – wypełnić obowiązkowo:**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 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 „*Konik na biegunach*” realizowanego przez Podkarpackie Centrum Hipoterapii z/s w 36-030 Błazowa, ul. Armii Krajowej 30.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Jestem świadomy/a, że:
 - 1) Uczestnik zajęć zobowiązany jest do:
 - a) regularnego, punktualnego i aktywnego uczestnictwa w zajęciach w okresie trwania projektu;
 - b) wypełniania ankiet związanych z realizacją projektu i monitoringiem jego późniejszych rezultatów;
 - c) dostarczenia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów) oraz wszystkich wymaganych dokumentów w przypadku zakwalifikowania dziecka na zajęcia.
 - 2) Uczestnictwo w zajęciach będzie dokumentowane listą obecności.
 - 3) Opiekunowie są odpowiedzialni za bezpieczeństwo dziecka w drodze na zajęcia i z zajęć do domu.
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

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, 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):



