

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:

Bezwzględne przeciwwskazania do udziału w zajęciach:

(dziecko nie może być zakwalifikowane do udziału w projekcie)

- Uczulenie na sierść, pot lub zapach konia, psa, kota, alpaki.
- 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, kynoterapii, felinoterapii i alpakoterapii w ramach projektu „*Animaloterapia sposobem na samodzielność i aktywizację osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*” 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**

Strona 1



Biuro projektu: PODKARPACKIE CENTRUM HIPOTERAPII

ul. Armii Krajowej 30, 36-030 Błażowa

tel. 697 045 358 | e-mail: animaloterapia.pchip@gmail.com | www.pchip.org.pl

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:	<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 oproteżowanie:

.....

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.**