



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 kluczem do samodzielności*” 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/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 animaloterapii.

.....
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

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.

