



Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie

---

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(wypełnia rodzic lub opiekun prawny; 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 kontaktowy: .....  
E-mail: .....  
Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach hipoterapii? .....Tak ..... Nie  
**!!! Preferowane 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. niepoohamowany lęk
- Odklejanie siatkówki, wzmożone ciśnienie śródgałkowe
- Brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym i czynnej pozycji siedzącej
- Wodogłowie bez wszczepionej zastawki
- Niestabilność kręgow 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.

---



Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz  
NIP: 5170379722 [www.fryzyskie.pl](http://www.fryzyskie.pl) tel. 604 278 813 fryzyskie@op.pl



Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie

---

## OŚWIADCZENIE

1. Zgłaszam dziecko do udziału w zajęciach z hipoterapii w ramach projektu „Mój przyjaciel koń – terapeutą” realizowanego przez **Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz**.
2. Niniejszym oświadczam, iż moje dziecko nie korzysta z tych samych form wsparcia w innych projektach finansowanych przez ROPS.
3. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.
4. **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,**
    - d) **dostarczenie aktualnego zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udziału w zajęciach z hipoterapii wraz ze skierowaniem na nie pacjenta (zaświadczenie oraz skierowanie wystawia lekarz prowadzący pacjenta).**
  - 2) Uczestnictwo w zajęciach będzie dokumentowane listą obecności.
  - 3) Na potrzeby realizacji projektu prowadzony będzie dziennik zajęć oraz ewidencja porad i dyżurów.
  - 4) Rodzice /opiekunowie są odpowiedzialni za bezpieczeństwo dziecka w drodze na zajęcia i z zajęć do domu.
  - 5) Rodzice /opiekunowie pozostają na terenie KJ KRESY w czasie prowadzenia zajęć i w razie konieczności współuczestniczą w prowadzonych zajęciach.
5. Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych mojego dziecka do ROPS w Rzeszowie oraz na gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka oraz dokumentacji przebiegu terapii (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 ze zm.).
6. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:
  - 1) dane osobowe dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu;
  - 2) dane osobowe dziecka mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością;
  - 3) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia dziecku wsparcia w ramach projektu;
  - 4) mam prawo dostępu do treści danych osobowych dziecka i ich poprawiania w siedzibie Klubu.



**Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz**  
NIP: 5170379722 [www.fryzyskie.pl](http://www.fryzyskie.pl) tel. 604 278 813 fryzyskie@op.pl



**Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie**

- 
7. Udzielam KJ KRESY nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć, filmów z wizerunkiem mojego dziecka, uczestniczącego w realizacji projektu bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, filmów za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji projektu.
8. 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.
9. Zapoznałam/łem się z *Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie* oraz regulaminem i zasadami przebywania na terenie Ośrodka Jeździeckiego KRESY i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz przez moje dziecko.

.....  
*Data i czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego*

## **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



**Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz**  
NIP: 5170379722 [www.fryzyjskie.pl](http://www.fryzyjskie.pl) tel. 604 278 813 fryzyjskie@op.pl



Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie

---

**Wykształcenie:**

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

**Uczestnictwo Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ):**

- ..... Absolwent WTZ
- ..... Nie był/a na WTZ
- ..... Uczestnik WTZ

**Lekarz prowadzący:**

Imię i nazwisko lekarza:.....  
Specjalizacja:.....  
Kontakt:.....

**Placówka rehabilitacyjna, do której uczęszcza dziecko:**

Nazwa:.....  
Adres:.....  
Imię i nazwisko rehabilitanta: .....  
Tel.:.....

**Placówka opiekuńczo-wychowawcza, do której uczęszcza dziecko:**

Nazwa:.....  
Adres:.....  
Imię i nazwisko prowadzącego:.....  
Tel.:.....

**Rozpoznanie jednostki chorobowej:**

.....  
.....  
.....



Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz  
NIP: 5170379722 [www.fryzyskie.pl](http://www.fryzyskie.pl) tel. 604 278 813  
[fryzyskie@op.pl](mailto:fryzyskie@op.pl)



Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie

.....  
**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:** .....  
.....  
.....



**Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz**

NIP: 5170379722 [www.fryzyskie.pl](http://www.fryzyskie.pl) tel. 604 278 813 fryzyskie@op.pl



Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie

Zaburzenia mowy: .....

.....

Sposób porozumiewania się 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: .....

.....

.....



Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz

NIP: 5170379722 [www.fryzyskie.pl](http://www.fryzyskie.pl) tel. 604 278 813 fryzyskie@op.pl



Projekt dofinansowano z budżetu Województwa Podkarpackiego  
- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie

---

Skrzywienie kręgosłupa ( °Coba): .....

Osteoporoza: .....

Inne: .....



**Klub Jeździecki KRESY Raclawówka 291a, 36-047 Niechobrz**  
NIP: 5170379722 [www.fryzyskie.pl](http://www.fryzyskie.pl) tel. 604 278 813 fryzyskie@op.pl