

UWAGI:



**Ośrodek Rekreacji i Hipoterapii
„MAAG”**

25-116 Kielce, ul. Ściegiennego 207
Tel.(041) 348-91-83, kom. 0601-47-13-23

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Nazwisko i imię

Data urodzenia Wzrost Waga

Adres zamieszkania

..... Tel.

Zgoda rodziców na zajęcia z hipoterapii

Nr polisy ubezpieczeniowej dziecka Ważna do

Placówka opiekuńczo wychowawcza do której uczęszcza dziecko (nazwa, adres placówki, prowadzący pedagog, telefon).....

.....

.....

.....

ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ:

Zgoda lekarza na jazdę konną (dziecko musi być przebadane pod względem ortopedycznym, czy może jeździć konno)

Przeciwwskazania, ograniczenia dotyczące hipoterapii

.....pieczętka i podpis.....

OPIS STANU PACJENTA:

Stan ruchowy:

Siedzi samodzielnie

Chodzi samodzielnie

Chodzi z pomocą

Trzymanie głowy

Ruchy mimowolne

Używany sprzęt rehabilitacyjny oraz protezowanie

Zaburzenia neurologiczne:

Padaczka (występowanie ataków, rodzaj)

Wodogłowie (obecność zastawki)

Zaburzenia czucia

Inne

Zaburzenia układu krążenia:

Wady wzroku (w przypadku wady wzroku konieczna jest zgoda lekarza okulisty na jazdę konną):

.....pieczętka i podpis lekarza okulisty.....

Wady słuchu

.....aparat.....

Zaburzenia mowy

POZIOM ROZWOJU INTELEKTUALNEGO:

(w przypadku opieki psychologicznej wypełnia psycholog lub pedagog szkolny)

Norma

Opóźnianie rozwoju umysłowego

Upośledzenie umysłowe (stopień)

Inne informacje

ROZWÓJ EMOCJONALNY:

Zaburzenia emocjonalne (zaburzenia kontaktu, lęki, agresja, nadpobudliwość, zahamowania, typowe zachowania) opisowo:

ZALECENIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII:

(wypełnia lekarz, pedagog, psycholog, terapeuta, logopeda)

.....data..... podpis i pieczętka.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w zajęciach dogoterapeutycznych.

Odpowiedziałam/tem na wszystkie pytania i udzieliłam/tem wszelkich informacji na temat zdrowia dziecka/podopiecznego.

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć, nagrań w których uczestniczy oraz wytworów dziecka/podopiecznego w celach promocji firmy oraz celach naukowych z poszanowaniem ich godności i intymności.

DataPodpis rodzica/opiekuna prawnego