

Hipoterapie

Přihláška k ambulantní hipoterapii a prodlouženému pobytu

Jméno:.....
Bydliště:.....
Zdravotní pojišťovna: Rodné číslo:.....

Úrazové pojištění: ano - ne
Předchozí zkušenost s hiporehabilitací: ano - ne
Kde, kdy a jak dlouho?

Jiná léčba/rehabilitace:

Očkování min.2x proti tetanu kdy:.....

Průkaz ZTP: ano - ne číslo:

Diagnóza:
.....
.....
.....

Člen Hiporahabilitace Krapet z.s. ano - ne
Forma hipoterapie: a) hiporehabilitace, b) pedagogické ježdění, c)jiné zaměření:

Škola, zaměstnání, ÚSP:

Zájmy a schopnosti:

Co očekávám od hipoterapie:

Pokud Vaše dítě samostatně nechodí, podtrhněte jeho pohybové dovednosti:

Vleže na bříšku opora o předloktí, opora o natažené horní končetiny, otáčí se zad na bříško a zpátky, plazí, houpe se na kolínekách, leze po kolínekách, vyleze např. na pohovku, vzpřímený klek, šikmý sed na boku, sed v kleku na patách, sedne si s dopomocí, sedne si samo, sed s oporou, sed samostatný aktivní, stoupne si s nakročením jedno nohy, stoupne si vytažením přes ruce, obchází nábytek, chodí za obě ruce, za jednu ruku, zvládá terénní nerovnosti(práh, koberec), chodí s dopomocí do schodů, ze schodů, chodí s chodítkem, berlemi.....

Datum: Podpis :

Zákonný zástupce: otec - matka- jiná osoba

Jméno:
Bydliště: PSC:
Telefon (domů, zaměstnání, mobil, email):

Souhlasím s hiporehabilitací svého syna/dcery/svěřené osoby

Datum: Podpis zákonného zástupce:

Souhlas účastníka hiporehabilitace nebo jeho odpovědného zástupce s pravidly bezpečností při provozu je závaznou a nedílnou součástí této přihlášky. Činnost spolku Hiporehabilitace Krapet z.s.

Hiporehabilitace Krapet z.s. prohlašuje, že veškeré údaje získané v rámci své činnosti považuje za důvěrné a použije je pouze pro vlastní potřebu ve smyslu zákona. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v souladu s cíly zakotveným v jeho stanovách. Tyto údaje nebudou bez písemného souhlasu dotčené osoby nebo jejího zákonného zástupce poskytnuty třetí osobě, fyzické či právnické.

Doporučení lékaře: (odborného dle diagnózy)

.....

.....

Datum očkování proti tetanu:

.....
Datum

.....
Podpis lékaře

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) nebezpečí při práci s koňmi a jízdě na nich, hodlám mu čelit maximální ukázněností a respektováním pokynů personálu. Do areálu i na koně vstupuji na vlastní nebezpečí a souhlasím se zapojením do hipoterapie. Byl(a) jsem seznámen(a) s doporučením vlastního úrazového pojištění. Prohlášení o bezinfekčnosti výše uvedené osoby.

Byl(a) jsem dnešního dne seznámen(a) s vnitřním řádem spolku vydaným dne 1.1.2016 s obsahem bez výhrad souhlasím a zavazuji se ho dodržovat.

Byl(a) jsem seznámen(a) a srozuměn(a) s možným rizikem úrazu při ošetřování, práci, výcviku, jízdě na koních a veškerých dalších činnostech provozovaných.

Tyto výše uvedené činnosti budu provozovat na vlastní nebezpečí.

Byl(a) jsem upozorněn(a) na bezpečnostní pokyny s výše uvedenou činností související, zvláště pak na použití bezpečností přilby, vesty a vhodné obuvi.

Svým podpisem dávám zároveň souhlas pro nezletilého k jízdě na koni a případně dalším činnostem provozovaným. (ošetřování, krmení, úklid, čištění koní,...atd.)

Jméno:

.....
Datum

.....
Podpis (za dítě rodič)

Osobní údaje:

Souhlasím, aby všechny osobní údaje týkající se mé osoby a osob, jejichž jsem ákonným zástupcem uvedené v Závazné přihlášce k hiporehabilitaci včetně zdravotní dokumentace byly uchovány v databázi spolku Hiporehabilitace Krapet z.s. zpracovávalo v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů tyto osobní údaje za účelem poskytování služeb hiporehabilitace a zajištění činnosti organizace Občanského sdružení pro Hiporehabilitaci Krapet z.s.. Souhlas uděluji na dobu neurčitou, do odvolání tohoto souhlasu, případně do ukočení činnosti spolku Hiporehabilitaci Krapet. Beru na vědomí, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat a organizace údaje zlikviduje.

Jméno:

Datum:

Podpis:

Potvrzení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti:

.....nar.: , které je v mé péči karanténu, zvýšený zdravotnický dozor a též mi není známo, že v poslední době přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé. Zejména беру на vědomí, že bych se v takovém případě dopustil/a přestupku dle ustanovení §29 odst.1 písm. f zákona č. 200/1999 Sb. v plném znění, zákona o přestupcích, a jsem si vědom/a, že mi za takové jednání může být uložena pokuta až 10 000,- Kč.

Informace o zdravotním stavu:

Syn/dcera má alergii na tyto léky:.....

Na tyto potraviny:

Na jiný zdroj:

Byl/a očkovan/a proti tetanu v roce

Trvale se léčí na:

Užívá tyto léky:

Tato prohlášení odevzdejte, prosím , před odjezdem vedoucímu akce. Bez prohlášení nelze na akci odjet. Zde uveďte, prosím, telefoní číslo na kterém bude v době akce dostupný zákonný zástupce :

V..... dne

Podpis rodičů či zákonného zástupce