



KARTA UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Telefon, e-mail rodzica.....

Diagnoza medyczna.....

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

(Jeśli to możliwe, proszę o dostarczenie diagnozy)

Diagnoza psychologiczna.....

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

(Jeśli to możliwe, proszę o dostarczenie diagnozy)

Główny problem dziecka (zdaniem rodziców).....

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

Czy pacjent suplementuje witaminę D3 i czy kontrolowany jest jej poziom w organizmie?

.....

Data rozpoczęcia zajęć w ośrodku Platan.....

Jakie są Wasze oczekiwania wobec hipoterapii?.....

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

Z jakich form terapii korzysta pacjent?.....

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

Nie ma przeciwwskazań, by pacjent korzystał z zajęć hipoterapii (proszę dostarczyć zaświadczenie lekarskie). W przypadku osób z Zespołem Downa konieczne jest RTG odcinka szyjnego kręgosłupa. Proszę o dostarczenie opisu tego zdjęcia.

.....
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

Uczestnik posiada ubezpieczenie NNW.

.....
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

Zapoznałam/-em się z regulaminem zajęć i akceptuję go.

.....
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

Dane do faktury

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