



(.....dnia.....)

KARTA ZGŁOSZENIOWA

Bezpłatne zajęcia hipoterapii/ onoterapii dla osób niepełnosprawnych z
Gminy Łomianki- 2025

Nazwisko i imiona.....

data urodzenia.....wzrost.....waga.....

Adres zamieszkania: kodmiejsowość.....

gminapowiat.....

ulica i numer domu

telefon.....**e-mail**.....

WYKSZTAŁCENIE (postaw krzyżyk w polu po lewej stronie właściwej opcji)

<input type="checkbox"/>	przed obowiązkiem szkolnym średnie
<input type="checkbox"/>	niepełne podstawowe zawodowe
<input type="checkbox"/>	podstawowe policealne
<input type="checkbox"/>	gimnazjalne wyższe

KONTAKT DO RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW USTAWOWYCH DZIECKA

Imię i nazwisko ojca (opiekuna).....

Tel.....**e-mail**.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki).....

Tel.....**e-mail**.....

DEKLARACJA OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach hipoterapii/ onoterapii¹.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z uczestniczeniem w tych formach zajęć.

..... (data)
(podpis/y)

Wyrażam zgodę na wykonywanie mojemu dziecku zdjęć i nagrań wideo podczas zajęć i wykorzystywanie ich w materiałach promocyjnych fundacji (foldery, ulotki, strona internetowa, fb)

..... (data)
(podpis/y)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Ośrodka Hipoterapii dla uczestników zajęć, akceptuję go i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

..... (data)
(podpis/y)

¹ Niepotrzebne skreślić

REGULAMIN

dla uczestników zajęć terapeutycznych realizowanych w ramach bezpłatnych zajęć hipoterapii/onoterapii dla osób niepełnosprawnych z Gminy Łomianki - 2025

- 1) O przyjęcie na zajęcia terapeutyczne mogą ubiegać się osoby, które dostarczą aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.
- 2) Osoby zakwalifikowane zobowiązane są uzupełnić i podpisać kartę zgłoszeniową zawierającą dane uczestnika oraz jego opiekunów prawnych oraz oświadczenia o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.
- 3) O zakwalifikowaniu na zajęciach decyduje ostatecznie zespół terapeutów, na podstawie dostarczonej przez kandydata dokumentacji i dysponowania wolnymi miejscami w realizowanym projekcie.
- 4) Po zakwalifikowaniu zostają ustalone rodzaj, wymiar i częstotliwość zajęć terapeutycznych a także termin zajęć w tygodniowym grafiku, przydzielony terapeuta.
- 5) Wszystkie zajęcia prowadzone są w systemie ciągłym, wg ustalonego stałego tygodniowego grafiku.
- 6) Ustalony wymiar jednostkowych zajęć jest wielkością maksymalną. Terapeuta zmierza do niej stopniowo uwzględniając możliwości psychofizyczne uczestnika. Zawsze też ma prawo skrócić zajęcia, jeśli wymaga tego dobro pacjenta i procesu terapeutycznego. Wymiar zajęć obejmuje wszystkie czynności związane z przyznaną formę zajęć, nie tylko siedzenie na koniu.
- 7) Fundacja zastrzega sobie prawo do odwołania zajęć hipoterapii w przypadku:
 - a) choroby lub kontuzji konia
 - b) choroby pracownika
 - c) złych warunków pogodowych (tj. silny wiatr, burza, upał powyżej 30°C, mróz poniżej -8°C
 - d) wyjazdu konia i terapeuty na zawody jeździeckie lub szkolenia
 - e) innych nieprzewidzianych zdarzeń losowych.
- 8) Fundacja nie jest zobowiązana do odpracowania zajęć odwołanych z powyższych przyczyn jak również zajęć niewykorzystanych przez uczestnika z powodu jego nieobecności.
- 9) Uczestnik zobowiązany jest do:
 - a) regularnego uczestniczenia w zajęciach w ustalonych terminach.
 - b) bieżącego informowania o zdarzeniach mogących zakłócić jego udział w programie
 - c) niezwłocznego poinformowania Fundacji o zmianie miejsca zamieszkania i innych danych (zwłaszcza kontaktowych)
 - d) jak najwcześniejszego telefonicznego uprzedzenia swojego terapeuty lub koordynatora o ewentualnej nieobecności na zajęciach.
- 10) Konsekwencją nieobecności nieuzasadnionej pisemnie w ciągu tygodnia, a także czwartej w ciągu roku nieobecności nieuzasadnionej przez lekarza może być natychmiastowe usunięcie z projektu.
- 11) W przypadku planowej, uzasadnionej nieobecności trwającej dłużej niż dwa tygodnie Fundacja zawiesza udział uczestnika w projekcie, a na jego miejsce tymczasowo przyjmuje osobę z listy rezerwowej.

- 12) W przypadku przedłużającej się lub często powtarzających się nieobecności z powodu choroby (uzasadnionej przez lekarza) Fundacja może podjąć decyzję o zawieszeniu udziału lub usunięciu uczestnika z programu
- 13) Na zajęciach hipoterapii oraz treningach jazdy konnej uczestnika obowiązuje ochronne nakrycie głowy w postaci atestowanego kasku jeździeckiego
- 14) Nieprzestrzeganie powyższych ustaleń regulaminu jest podstawą do usunięcia uczestnika z programu.

ZGODA RODO

Warszawa, dnia.....

Ja.....

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz jako przedstawiciel ustawowy małoletniej/go

.....
wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Fundację Byka za Rogi z siedzibą w Łomiankach Dolnych 05-092, ul. Wyjątkowa 31, w celu realizacji zajęć hipoterapii, jazdy konnej oraz nauki obsługi konia i drobnych prac stajennych, ewaluacji zajęć oraz sprawozdawczości.

.....
PODPIS

Fundacja Byka za Rogi informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych podopiecznego Fundacji oraz jego rodzica/opiekuna prawnego jest Fundacja Byka za Rogi z siedzibą w Łomiankach Dolnych 05-092, ul. Wyjątkowa 31.
2. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji zajęć hipoterapii, jazdy konnej oraz nauki obsługi konia i drobnych prac stajennych, ewaluacji zajęć oraz sprawozdawczości.
3. Podanie danych osobowych jest całkowicie dobrowolne. Realizacja zajęć nie jest możliwa bez udzielenia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
4. Przetwarzanie danych osobowych podopiecznego Fundacji oraz jego rodzica/opiekuna prawnego odbywa się w oparciu o dobrowolnie wyrażoną zgodę. Przetwarzanie danych osobowych przez FBzR odbywa się na podstawie art. 6 a. RODO - osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów.
5. Podopieczny Fundacji oraz jego rodzic/opiekun prawny ma prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
6. Podopieczny Fundacji oraz jego rodzic/opiekun prawny ma prawo do złożenia oświadczenia o cofnięciu każdej wyrażonej zgody w każdym czasie poprzez kontakt pod mailem fundacjabykazarogi@gmail.com. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Dane osobowe podopiecznego Fundacji oraz jego rodzica/opiekuna prawnego będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż 5 lat od ostatnich zajęć, zakończenia projektu lub do czasu wycofania zgody przez dysponenta danych osobowych.
8. Po wskazanym w w/w punkcie okresie dane osobowe podopiecznego Fundacji oraz jego rodzica/opiekuna podlegają usunięciu lub anonimizacji, po uwzględnieniu przepisów o archiwizacji.

9. Dane osobowe przekazywane będą jedynie w niezbędnym zakresie instytucjom państwowym i samorządowym uprawnionym do ich żądania na podstawie przepisów prawa, grantodawcom, zgodnie z zapisami umowy oraz podwykonawcom w celu realizacji usługi.
10. Dane osobowe przekazane zostaną do Gminy Łomianki w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Fundację oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez Gminę Łomianki.
11. Dane osobowe podopiecznego Fundacji oraz jego rodzica/opiekuna nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, poza sklasyfikowaniem w formie elektronicznej bazy danych.
12. Rodzicowi/opiekunowi prawnemu przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.