



Fundacja Byka za Rogi
ul. Wyjątkowa 31 05-092 Łomianki Dolne
tel. 531 263 866 www.fundacjabykazarogi.org
e-mail: fundacjabykazarogi@gmail.com
konto: 40 1090 1014 0000 0001 3347 1795



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....dnia.....

KARTA ZGŁOSZENIOWA
do projektu
KONNO ZNACZY AKTYWNIE
współfinansowanego ze środków PFRON
realizowanego w okresie 01.04.2022-31.03.2025

nazwisko i imiona

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

Adres zamieszkania: kod miejscowość.....

gmina powiat.....

ulica i numer domu

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

DIAGNOZA (choroba, zaburzenie, wiodące dysfunkcje):

.....

.....

.....

.....

.....

WYKSZTAŁCENIE / AKTUALNIE UKOŃCZONY ETAP EDUKACJI

(postaw krzyżyk w polu po lewej stronie właściwej opcji)

<input type="checkbox"/>	przed obowiązkiem szkolnym
<input type="checkbox"/>	niepełne podstawowe lub w trakcie nauki w szkole podstawowej
<input type="checkbox"/>	podstawowe
<input type="checkbox"/>	gimnazjalne
<input type="checkbox"/>	średnie
<input type="checkbox"/>	zawodowe
<input type="checkbox"/>	policealne
<input type="checkbox"/>	wyższe

* Niepotrzebne skreślić

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.

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

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

.....
(data)

.....
(podpis/y)

Wyrażam zgodę na wykonywanie mojemu dziecku zdjęć i nagrań wideo podczas zajęć i wykorzystywanie ich w sprawozdaniach z realizacji projektu oraz materiałach promocyjnych fundacji (foldery, ulotki, strona internetowa, portale społecznościowe)

.....
(data)

.....
(podpis/y)

* Niepotrzebne skreślić