

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA ZAJĘĆ**

Imię (imiona) i nazwisko ….......................................................................

Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów ..................................................

Rok urodzenia ............................................................................................

Adres zamieszkania ....................................................................................

telefony kontaktowe ....................................................................................

adres e-mail .................................................................................................

OŚWIADCZENIE

 Zezwalam mojemu dziecku na udział w zajęciach jazdy konnej. Jako pełnoprawny opiekun zapoznałem się z Regulaminem Kliniki; wytłumaczyłem dziecku wszystkie niezrozumiałe punkty regulaminu. Biorę odpowiedzialność za swoje dziecko oraz jego postępowanie podczas przebywania na terenie kliniki poza jego godzinami zajęć. Zostałem poinformowany przez organizatora zajęć, że jeździectwo jest sportem wysokiego ryzyka i może prowadzić do kontuzji i trwałego uszczerbku na zdrowiu. Oświadczam również, że instruktor zalecił mi posiadanie ubezpieczenia NNW (od sportów wysokiego ryzyka).

.................................... ..................................................... Miejscowość, data Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych dziecka

 W związku z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na utrwalenie wizerunku mojego dziecka/ podopiecznego. Wyrażam zgodę na publikowanie materiału (zdjęcia, video) w celach promocyjnych (strony www, portale społecznościowe, materiały promocyjne).

...................................... ..................................................................... Miejscowość, data Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych dziecka

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Klinikę Małego Kucyka (adres: Promykowa 1 62-002 Suchy Las ) zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w celach marketingowych obejmujące przesyłanie informacji drogą telefoniczną lub pocztową. Niniejsza zgoda obejmuje przetwarzanie danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną przez Klinikę Małego Kucyka, zgodnie z ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

.................................. ............................................................. Miejscowość, data Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych dziecka

Oświadczam, że u mojego dziecka nie stwierdzono przeciwwskazań do jazdy konnej takich jak:

1. Przeciwwskazania bezwzględne: uczulenie na sierść, pot lub zapach konia/ niewygojone rany/ odklejanie siatkówki, wzmożone ciśnienie śródgałkowe/ brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym i czynnej pozycji siedzącej/ wodogłowie bez wszczepionej zastawki/ niestabilność kręgów szyjnych występująca np. w zespole Downa/ zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych/ skoliozy powyżej 20stopni wg Coba oraz progresujące skoliozy idiopatyczne/ choroby mięśni przy sile mięśni ocenianej poniżej 3 punktów w skali Lowetta/ pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, ADHD, chorobach mięśni/ ostre stany chorób i zaburzeń psychicznych/ podwyższona temperatura/ ostre choroby infekcyjne/ nietolerancja tej formy aktywności np. niepohamowany lęk .
2. Przeciwwskazanie względne: padaczka/ upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim/ zaburzenia mineralizacji kości/ utrwalone deformacje i zniekształcenia, przykurcze, ograniczenia zakresu ruchu układu kostno-stawowego/ przepuklina oponowo-rdzeniowa zlokalizowana w odcinku lędźwiowym/ dyskopatia/ hemofilia oraz inne skazy krwotoczne/ schorzenia okulistyczne (wymagana konsultacja)/ przyjmowanie leków powodujących zaburzenia koordynacji psychoruchowej.

………………………………………….

Data, Podpis