FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA ZAJĘCIA DOGOTERAPII

Organizator: Stowarzyszenie MOST

1. DANE UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Imię i nazwisko uczestnika: .....

Data urodzenia: .....

W przypadku osób niepełnoletnich / ubezwłasnowolnionych:

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego: .....

2. DANE KONTAKTOWE

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

3. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Dane zbierane wyłącznie w celu dostosowania przebiegu dogoterapii oraz zapewnienia pełnego bezpieczeństwa uczestnika i psa terapeutycznego.

Czy uczestnik posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności?

[ ] TAK / [ ] NIE

Stopień / rodzaj niepełnosprawności (lub kluczowe wskazania z orzeczenia):

.....

.....

Czy uczestnik posiada stwierdzone alergie (w szczególności na sierść zwierząt, ślinę psa lub składniki psich smakołyków)?

[ ] NIE / [ ] TAK (jakie?): .....

Czy uczestnik przejawia silny lęk przed psami (kynofobia)?

[ ] NIE / [ ] TAK

Ważne informacje dla dogoterapeuty (np. nadwrażliwość na dotyk/dźwięki, skłonność do zachowań agresywnych lub autoagresywnych, epilepsja, ograniczenia ruchowe, specyficzne sposoby komunikacji):

4. ZGODY I OŚWIADCZENIA (RODO i BHP)

1. Zgoda na przetwarzanie danych szczególnej kategorii (zdrowie/niepełnosprawność):

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie MOST danych dotyczących stanu zdrowia oraz orzeczenia o niepełnosprawności uczestnika w celu jego kwalifikacji na zajęcia dogoterapii, dopasowania metod terapeutycznych do jego potrzeb oraz zapewnienia bezpiecznych warunków podczas spotkań z psem.

[ ] WYRAŻAM ZGODĘ

2. Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych:

Oświadczam, że stan zdrowia uczestnika (w tym brak przeciwwskazań alergicznych i dermatologicznych) pozwala na bezpośredni kontakt z psem terapeutycznym. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować dogoterapeutę o wszelkich zmianach w zachowaniu lub zdrowiu uczestnika, które mogą wpłynąć na przebieg zajęć.

[ ] POTWIERDZAM

3. Zgoda na wykorzystanie wizerunku:

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i publikowanie wizerunku uczestnika (zdjęcia, filmy z zajęć terapeutycznych) na stronie internetowej oraz profilach społecznościowych Stowarzyszenia MOST w celach promocyjnych i relacjonowania działalności statutowej.

[ ] WYRAŻAM ZGODĘ

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Czytelny podpis pełnoletniego uczestnika rodzica/opiekuna prawnego)



KLAUZULA INFORMACYJNA (Skrócona)

Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie MOST. Dane przetwarzane są w celu organizacji i przeprowadzenia zajęć dogoterapii. Podstawą przetwarzania danych kontaktowych jest realizacja umowy/zgłoszenia (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), a danych o zdrowiu – Pana/Pani dobrowolna zgoda (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Ma Pan/Pani prawo do wglądu w dane, ich poprawiania, usunięcia oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Pełna treść Polityki Prywatności dostępna jest u organizatora.