FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

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 PARAMETRACH FIZYCZNYCH

Dane zbierane wyłącznie w celu zapewnienia bezpieczeństwa uczestnika oraz doboru i dobrostanu konia terapeutycznego.

Aktualna waga uczestnika (Wymóg bezwzględny – jazda na koniu wyłącznie dla osób do 80 kg):

..... kg

Czy uczestnik posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności?

[ ] TAK / [ ] NIE

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

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

Ważne informacje dla hipoterapeuty i instruktora (np. niestabilność kręgów szyjnych – np. w zespole Downa, skolioza, epilepsja, przykurcze, alergia na sierść/siano, specyficzne zachowania):

4. ZGODY I OŚWIADCZENIA (RODO, BHP I LIMIT WAGOWY)

1. Oświadczenie o wadze uczestnika i limitach bezpieczeństwa:

Potwierdzam, że podana wyżej waga uczestnika jest prawdziwa. Przyjmuję do wiadomości, że ze względów bezpieczeństwa oraz w trosce o zdrowie koni, maksymalna waga osoby jeżdżącej na koniu wynosi 80 kg. W przypadku przekroczenia tego limitu, organizator ma prawo odmówić udziału w zajęciach jeździeckich. [ ] POTWIERDZAM I AKCEPTUJĘ

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

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

3. Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych:

Oświadczam, że stan zdrowia uczestnika pozwala na udział w zajęciach hipoterapii i nie występują u niego bezwzględne przeciwwskazania do tego typu terapii (np. ostre stany chorobowe, odklejanie siatkówki, niestabilność szczytowo-obrotowa). Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować hipoterapeutu o wszelkich zmianach w zdrowiu uczestnika. Potwierdzam informację zaświadczeniem lekarskim o braku przeciwskazań do zajęć z hipoterapii.

[ ] POTWIERDZAM

4. Zgoda na wykorzystanie wizerunku :

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i publikowanie wizerunku uczestnika (zdjęcia, filmy z zajęć) 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 (w tym waga i stan zdrowia) przetwarzane są w celu organizacji i bezpiecznego przeprowadzenia zajęć hipoterapii. Podstawą przetwarzania danych kontaktowych jest realizacja umowy/zgłoszenia (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), a danych o zdrowiu i wadze – 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.