

FUNDACJA PRONAUTIS

OS. KRÓLEWSKIE 7

62-200 SZCZYTNIKI DUCHOWNE

www.fundacjapronautis.pl

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**Projekt „Moja siła w mej słabości ” - edycja II współfinansowany jest ze środków Wojewody Wielkopolskiego w ramach zadania publicznego pomoc społeczna, w tym pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans tych rodzin i osób**

(wypełnia uczestnik lub opiekun prawny uczestnika)

Nazwisko . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Imiona..............................................................................................

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

Adres stałego zameldowania

kod .…………………………………… miejscowość.....................………………..

gmina . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

ulica i numer domu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres zamieszkania

kod . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . miejscowość. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

gmina . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

ulica i numer domu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**KONTAKT DO RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW USTAWOWYCH DZIECKA**

Imię i nazwisko ojca (opiekuna)

…………………………………………………………………………………………………………

Tel …………………………………………………email....................................................................

Imię i nazwisko matki (opiekunki)

…………………………………………………………………………………………………………

Tel …………………………………………………...

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

**DEKLARACJA UCZESTNIKA/ 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 hipoterapii.

……………………. ………............................................………..

 (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, instagram)

……………………. ………............................................………..

 (data) (podpis/y)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Ośrodka Hipoterapii dla uczestników zajęć, akceptuję go i zobowiązuję się do jego przestrzegania (podpisujemy przed pierwszymi zajęciami hipoterapii).

……………………. ………............................................………..

 (data) (podpis/y)